

Информированное согласие на проведение терапевтического лечения

Я, _____,

(Ф.И.О. гражданина полностью)

« _____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу _____, проживающий по адресу _____,

даю добровольное согласие на лечение зуба(ов) / указано ниже* /

наименование вида медицинского вмешательства

мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь, _____,

Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель

« _____ » _____ года рождения, проживающего по адресу _____

в случае проживания не по месту жительства законного представителя

врачом Должность, Ф.И.О. врача указано ниже*

Врач обосновал необходимость лечения зуба(ов)- указано ниже**. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства. Последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов), отказ от лечения как такового.

Я осознаю, что любые медицинские процедуры и манипуляции имеют фактор риска. Я знаю, что в ряде случаев возможны следующие осложнения, связанные с проведением медицинского вмешательства (как во время, так и после него), например: развитие воспаления в области вмешательства, аллергические реакции на препараты, потеря чувствительности в месте анестезии, болевые ощущения, которые могут сохраняться в течение некоторого срока после проведенной манипуляции.

Я понимаю, что стоматологическое лечение- сложная биологическая процедура, результат которой не является однозначным и не может иметь 100 процентной гарантии на успех. В процессе лечения каждого конкретного зуба может возникнуть необходимость **эндодонтического лечения** (удаления нерва и лечения корневых каналов) или удаления зуба, что усложняет ситуацию и увеличивает сроки лечения.

Мне понятен план лечения. Я понимаю и даю свое согласие на его изменение в процессе прохождения лечения, если это будет сделано по медицинским показаниям.

Я сообщил(а) врачу все известные мне сведения о состоянии своего здоровья /здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, острых и хронических заболеваниях, операциях, приеме медикаментов, аллергических реакциях, вредных привычках, индивидуальных особенностях организма.

Мне объяснили, и я понимаю, что применение современных профилактических средств и регулярные профилактические осмотры минимизируют риски развития кариеса и его осложнений, но не гарантируют полностью отсутствие возникновения кариеса.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача и обязуюсь приходить, приводить лицо, чьим законным представителем я являюсь, на контрольные осмотры. Мне объяснено, и я понимаю необходимость проведения профессиональной гигиены полости рта, поэтому обязуюсь приходить к врачу гигиенисту, приводить лицо, чьим законным представителем я являюсь, 1 раз в _____ месяца, но не реже 1 раза в 6 месяцев. Невыполнение мною всех рекомендаций врача может привести к полному аннулированию гарантий по данному виду работ.

Я проинформирован(а) о необходимости выполнения врачебных рекомендаций по уходу за полостью рта после проведенных манипуляций. Я также информирован(а) о том, что в соответствии с п.1 ст. 27 ФЗ №323 от 21.11.11 г. "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты.

Разрешаю предоставлять информацию о состоянии моего здоровья, здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти, следующим лицам:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Подпись _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

Подпись _____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) врача)

Дата _____

Дата _____

*Ф.И.О. Должность Врача _____

**№ зуба _____

Подпись _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

Подпись _____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) врача)