Добровольное информированное согласие пациента на лечение кариеса в ООО «Стоматология на Игримской»

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 4,5,20,21,22,23,27 ФЗ №323 от 21.11.11г «Об охране здоровья граждан Российской Федерации», Законом о защите прав потребителей, ФЗ №326 от 29.11.10г. и действующими законодательными актами.

Я, _____

Я согласен(-а), о том, что лечение проводит врач-стоматолог-терапевт или врач-стоматолог, я доверяю квалификации врача. Врач сообщил и разъяснил мне в доступной форме всю информацию о диагнозе и сути лечения, а также о том, что уточнение диагноза допускается в процессе лечения.

Я подтверждаю достоверность предоставленной врачу информации о состоянии моего здоровья, наличии заболеваний и аллергических реакций.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, план и сроки лечения, количество посещений и я согласен(-а), что допускается коррекция намеченного плана, технологий, сроков лечения и количества посещений в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения, о чем врач уведомит меня дополнительно, а именно:

- кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования);
- кариозное поражение, которое кажется “небольшой дырочкой”, может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а следовательно, потребуется реставрация значительной части зуба, а при обнаружении кровоточащего участка пульпы- эндодонтическое лечение каналов зуба, постановка коронки (по ситуации).

Я ознакомлен(-а) с возможными альтернативными вариантами лечения, а именно:

- удаление пораженного зуба (зубов), при наличии противопоказаний для лечения;
- непроведение лечения.

Я предупреждён(-а) о возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа мною от рекомендованного плана лечения, а именно:

- прогрессирование кариеса;
- развитие его осложнений;
- появление либо нарастание болевых ощущений;
- потеря зуба (зубов);
- нарушение общего состояния организма и др.

Добровольное информированное согласие пациента на лечение кариеса в ООО «Стоматология на Игримской»

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 4,5,20,21,22,23,27 ФЗ №323 от 21.11.11г «Об охране здоровья граждан Российской Федерации», Законом о защите прав потребителей, ФЗ №326 от 29.11.10г. и действующими законодательными актами.

Я, _____

Я согласен(-а), о том, что лечение проводит врач-стоматолог-терапевт или врач-стоматолог, я доверяю квалификации врача. Врач сообщил и разъяснил мне в доступной форме всю информацию о диагнозе и сути лечения, а также о том, что уточнение диагноза допускается в процессе лечения.

Я подтверждаю достоверность предоставленной врачу информации о состоянии моего здоровья, наличии заболеваний и аллергических реакций.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, план и сроки лечения, количество посещений и я согласен(-а), что допускается коррекция намеченного плана, технологий, сроков лечения и количества посещений в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения, о чем врач уведомит меня дополнительно, а именно:

- кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования);
- кариозное поражение, которое кажется “небольшой дырочкой”, может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а следовательно, потребуется реставрация значительной части зуба, а при обнаружении кровоточащего участка пульпы- эндодонтическое лечение каналов зуба, постановка коронки (по ситуации).

Я ознакомлен(-а) с возможными альтернативными вариантами лечения, а именно:

- удаление пораженного зуба (зубов), при наличии противопоказаний для лечения;
- непроведение лечения.

Я предупреждён(-а) о возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа мною от рекомендованного плана лечения, а именно:

- прогрессирование кариеса;
- развитие его осложнений;
- появление либо нарастание болевых ощущений;
- потеря зуба (зубов);
- нарушение общего состояния организма и др.

Я предупреждён(-а) о возможных осложнениях под влиянием анестезии, а именно:

- отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, временная потеря чувствительности прилегающих тканей, снижение внимания, аллергические реакции.

Я предупреждён(-а) о возможных последствиях приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно:

- аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов.

Мне разъяснены возможные осложнения после постановки пломбы, которые потребуют моих повторных визитов для их устранения, а именно:

- ощущение дискомфорта (завышения), болезненность при смыкании зубов. В этом случае потребуется повторная шлифовка и полировка пломбы.
- повышенная чувствительность пломбированного зуба, проявляющаяся кратковременными болями от температурных и химических раздражителей. В этом случае потребуется покрытие зуба лакомдесенситайзером или замена пломбы (по показаниям).
- воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, при глубоком кариесе, что может проявиться длительными, самопроизвольными болями.

В этом случае потребуется полностью или частично снять поставленную пломбу, пролечить каналы зуба, поставить новую пломбу или восстановить зуб вкладкой и(или) коронкой. Лечение будет проведено в полном объёме, согласно прейскуранту.

Мне разъяснена и понятна информация о гарантиях.

Я также проинформирован(-а) и понимаю, что условием эффективного лечения является выполнение плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Мне сообщено, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:

- Рентгенологическое обследование (прицельный детальный снимок, ОПТГ, КЛКТ)
- Консультация стоматолога(-ов) иного профиля;
- Консультация у врача(-ей) общего профиля.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено врачом, оно полностью мне понятно.
Я даю согласие на лечение на предложенных условиях, что я и удостоверяю своей подписью.

Врач: _____/ **Пациент:** _____/_____ /
(ФИО) (подпись)

Дата «__ __ _» _____ 20_ __г.

Я предупреждён(-а) о возможных осложнениях под влиянием анестезии, а именно:

- отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, временная потеря чувствительности прилегающих тканей, снижение внимания, аллергические реакции.

Я предупреждён(-а) о возможных последствиях приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно:

- аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов.

Мне разъяснены возможные осложнения после постановки пломбы, которые потребуют моих повторных визитов для их устранения, а именно:

- ощущение дискомфорта (завышения), болезненность при смыкании зубов. В этом случае потребуется повторная шлифовка и полировка пломбы.
- повышенная чувствительность пломбированного зуба, проявляющаяся кратковременными болями от температурных и химических раздражителей. В этом случае потребуется покрытие зуба лакомдесенситайзером или замена пломбы (по показаниям).
- воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, при глубоком кариесе, что может проявиться длительными, самопроизвольными болями.

В этом случае потребуется полностью или частично снять поставленную пломбу, пролечить каналы зуба, поставить новую пломбу или восстановить зуб вкладкой и(или) коронкой. Лечение будет проведено в полном объёме, согласно прейскуранту.

Мне разъяснена и понятна информация о гарантиях.

Я также проинформирован(-а) и понимаю, что условием эффективного лечения является выполнение плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Мне сообщено, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:

- Рентгенологическое обследование (прицельный детальный снимок, ОПТГ, КЛКТ)
- Консультация стоматолога(-ов) иного профиля;
- Консультация у врача(-ей) общего профиля.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено врачом, оно полностью мне понятно.
Я даю согласие на лечение на предложенных условиях, что я и удостоверяю своей подписью.

Врач: _____/ **Пациент:** _____/_____ /
(ФИО) (подпись)

Дата «__ __ _» _____ 20_ __г.