Информированное добровольное согласие

на ортопедическое стоматологическое лечение и протезирование

ООО «Стоматология на Игримской»
ОГРН 1197232012780 · Лицензия Л041-01107-72/00336269 от 28.11.2019
625029, г. Тюмень, ул. Игримская, д. 31А, помещ. 3

Форма для совершеннолетнего пациента. Заполняется врачом и пациентом до начала согласованных вмешательств. Основание: статьи 20 и 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

1 Сведения о пациенте и враче

Фамилия, имя, отчество пациента; дата рождения

Адрес места жительства пациента; номер медицинской карты

Лечащий врач: фамилия, имя, отчество; должность

Если согласие даёт законный представитель совершеннолетнего пациента в предусмотренных законом случаях, заполнить:

ФИО представителя; реквизиты документа о полномочиях и основание представительства

---

2 Согласованный план лечения

Диагноз, состояние зубов и тканей, номера зубов / область лечения

Вид конструкции, материал, опорные зубы или имплантаты; съёмная / несъёмная конструкция

Конкретные согласованные вмешательства и этапы; номер и дата плана лечения / приложения

Цель лечения — восстановление утраченных или нарушенных функций зубочелюстной системы и, при наличии соответствующего запроса, эстетики. Индивидуальные цели и ожидаемый результат уточняются на следующей странице.

3 Разъяснение лечения и возможных последствий

Врач разъясняет мне состояние здоровья, цели, методы, этапы и предполагаемые результаты именно согласованного лечения, необходимость подготовки, возможности сохранения зубов и ограничения выбранной конструкции. По согласованному плану могут выполняться подготовка зубов, получение оттисков или цифровых моделей, определение прикуса, изготовление и примерка временных и постоянных конструкций, фиксация или выдача протеза и его коррекция. Применяются только этапы, указанные в моём плане.

Препарирование зуба изменяет его ткани необратимо. В зависимости от состояния зуба и объёма вмешательства могут возникать чувствительность, боль, необходимость дополнительного обследования или лечения. Возможны травмирование мягких тканей, реакции на используемые материалы, затруднения адаптации, изменения речи и жевания, натирание протезом, необходимость коррекций. Возможны расцементировка, скол или поломка конструкции, заболевания опорных зубов и тканей вокруг них. Конкретные риски, их значимость и меры снижения врач разъясняет с учётом моего состояния и выбранного метода.

Индивидуальные риски, ограничения, особенности прогноза и меры их снижения

Ожидаемый результат; сроки и этапы адаптации; ограничения выбранного метода

4 Альтернативы и отказ от лечения

Мне объяснены применимые в моём случае варианты лечения, включая альтернативные виды конструкций, их преимущества, недостатки и связанные риски, а также последствия отказа или отсрочки. Варианты не считаются заранее менее эффективными: выбор обсуждается индивидуально. Возможные последствия отказа зависят от диагноза и состояния зубов и тканей.

Обсуждённые альтернативы; выбранный вариант и причины выбора

Возможные последствия отказа или отсрочки именно в моём случае

Если для оценки рисков требуется дополнительная консультация или обследование, решение о плановом вмешательстве принимается после их проведения и обсуждения результатов.

5 Условия проведения лечения и мои права

Я сообщаю врачу известные мне сведения о заболеваниях, аллергиях, принимаемых лекарствах, ранее возникших осложнениях и иных обстоятельствах, которые могут влиять на лечение, и могу уточнять эти сведения. Наличие противопоказаний оценивает врач; настоящим документом я не подтверждаю их отсутствие вместо медицинской оценки.

Мне объяснены правила ухода за конструкцией, гигиены полости рта, допустимых нагрузок и контрольных осмотров. Невыполнение рекомендаций может ухудшать результат; оно не освобождает клинику от ответственности автоматически. Права пациента, требования к качеству услуг и ответственность сторон определяются законодательством и договором.

Индивидуальные рекомендации, сроки контроля и основания срочного обращения

При боли, повреждении или подвижности конструкции, натирании либо иных необычных симптомах необходимо связаться с клиникой: +7 (3452) 68-00-69. При угрозе жизни — вызвать скорую помощь по телефону 103 или 112.

Я вправе задавать вопросы, получать понятные разъяснения, знакомиться с медицинской документацией и получать её копии в установленном порядке. Я вправе отказаться от планируемого вмешательства или потребовать его прекращения; врач разъяснит возможные последствия и оформит отказ в установленном порядке.

Согласие относится к вмешательствам, указанным в разделе 2 и согласованном плане. Оно не является общим разрешением на любые действия врача. Изменения плана и дополнительные вмешательства предварительно обсуждаются со мной и оформляются в установленном порядке. Анестезия, рентгенологическое обследование, хирургическое вмешательство, имплантация и эндодонтическое лечение при их необходимости требуют отдельного информирования и надлежащего оформления согласия на соответствующие вмешательства.

Настоящая форма не заменяет предусмотренные законодательством специальные формы согласий и не содержит согласия на обработку, передачу или распространение персональных данных. Стоимость, порядок оплаты и гарантийные условия определяются договором и согласованной сметой; подпись под этим документом не ограничивает мои законные права.

6 Решение пациента и подтверждение врача

После разъяснений врача и получения ответов на вопросы я добровольно соглашаюсь на описанное в разделе 2 и согласованном плане ортопедическое лечение. Цели, методы, риски, альтернативы, последствия и предполагаемые результаты мне понятны. Согласие дано до начала вмешательств.

Пациент / законный представитель: _____ / _____
Подпись и ФИО

Врач: _____ / _____
Подпись и ФИО; подтверждаю разъяснение информации и заполнение плана

Дата и время подписания: «____» _____ 20____ г. ____ ч ____ мин