

ООО «ЮВИ Клиника»
ОГРН 1225900002811 ИНН 5902062526
КПП 590201001 614000, г. Пермь,
ул. Екатерининская, д. 55Б
Тел. + 7 (342) 2 – 919 – 414
Почта: info@uviclinic.ru



ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Я, гр.

«Пациент»,

(ФИО полностью)

либо Законный представитель пациента

(ФИО полностью)

в соответствии с требованием статьи 20 ФЗ от 21.01.2011 г. № 323 -ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

1. Мне даны разъяснения врачом – стоматологом о целях и методах пародонтологического лечения зубов и профессиональной гигиены полости рта, об основных этапах, принципах и технологиях лечения; возможных вариантах проведения лечения; о применяемых при лечении лекарственных средствах и материалах; медицинской технике и изделиях медицинского назначения, о рисках лечения, последствиях и возможных осложнениях лечения; о предполагаемом результате лечения.

2. Врач – стоматолог поставил мне или несовершеннолетнему / недееспособному следующий диагноз

и указал на необходимость лечения заболевания и (или) профессиональную гигиену.

3. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов), а также системное проявление заболевания.

4. Пародонтологическое лечение и профессиональная гигиена полости рта имеют высокий процент клинического успеха, тем не менее я понимаю, что данные виды лечения осуществляются в отношении организма, имеющего свои уникальные особенности и поэтому не может иметь 100% гарантии достижения предполагаемого результата лечения. Я предупрежден, что данная процедура сопровождается возникновением определенного дискомфорта, связанного с появлением кровоточивости и болезненности десен во время процедуры и на 1-2 день после: повышение чувствительности зубов, повреждением ортодонтической аппаратуры и ортопедических конструкций; микротравмами слизистой оболочки полости рта.

5. Врач – стоматолог в доступной мне форме объяснил, что возможными осложнениями лечения могут быть наличие болевых ощущений в период восстановления после лечения, сохранение припухлости мягкой тканей, повышение температуры тела и наличие общих симптомов интоксикации, ограничение открывания рта увеличение лимфатических узлов, обнажение шеек зубов и изменение рельефа десневого края.

6. Врач – стоматолог в доступной мне форме объяснил, что при осуществлении лечения возможно применение местной инъекционной и (или) аппликационной анестезии с целью обезболить указанные медицинские манипуляции. Анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области. Длительность эффекта обезболивания и необходимое количество анестетика зависит от индивидуальной восприимчивости организма и вида анестетика.

7. Врач – стоматолог в понятной мне форме разъяснил, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями постинъекционными гематомами.

Возможными осложнениями являются: учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергической шок, обморок, коллапс, также возможны гематомы и отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Последствиями отказа от применения местной анестезии может быть невозможность выполнения указанных медицинских манипуляций при наличии высокой чувствительности в области проведения лечения.

8. Врач – стоматолог в доступной мне форме объяснил о возможных осложнениях при приеме анальгетиков и антибиотиков, при необходимости их назначения после проведения лечения.

Я проинформировал(а) доктора обо всех случаях аллергии к лекарственным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

9. Врач – стоматолог в понятной для меня форме объяснил мне о необходимости осуществления рентгенодиагностики в ходе лечения и для контроля результатов, необходимость проведения контрольных осмотров (в соответствии с установленной врачом периодичностью, но не реже одного раза в шесть месяцев) и необходимость проведения дальнейших процедур профессиональной гигиены полости рта не реже, чем один раз в шесть месяцев, необходимость проведения консультаций смежных врачей – стоматологов.

10. Помимо вышеуказанных сведений врач – стоматолог устно, в доступной для меня форме, предоставил мне полную информацию о целях, методах оказания вышеуказанного вмешательства, связанном с его оказанием риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мною были заданы все интересующие меня вопросы о целях, методах оказания вышеуказанного медицинского вмешательства, связанных с его оказанием рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи и были получены исчерпывающие и понятные ответы в доступной для меня форме. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных законом. Мне разъяснены в понятной для меня форме последствия отказа от медицинского вмешательства. Мною были заданы все интересующие меня вопросы, связанные с отказом, либо прекращением медицинского вмешательства и получены в доступной для меня форме исчерпывающие ответы.

11. Текст информированного добровольного согласия прочитан мною лично, мне понятен, все вопросы относительно его содержания заданы доктору и получены ответы.

Своей собственноручно выполненной подписью подтверждаю информированное добровольное согласие на вышеуказанное медицинское вмешательство.

Я разрешаю передать информацию о моем нахождении на лечении и состоянии моего здоровья следующим лицам:

Я также даю согласие на обработку и передачу персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1, 3. ст., ст. 11 Федерального закона «152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.

(ФИО полностью пациента или законного представителя)

(Подпись)

(ФИО врача)

(Подпись)

Дата: « ___ » _____ 20 ___ г.

Примечание: при приеме лиц до **18 лет** (детей) обязательно подписывается родителем или иным законным представителем.