

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 МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННЫХ (МОЛОЧНЫХ) ЗУБОВ

Я, гр. _____ «Пациент»,
(ФИО полностью)

либо Законный представитель пациента _____
(ФИО полностью)

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

проинформирован(а) о поставленном диагнозе _____

Я получил(а) подробные разъяснения по поводу заболевания ребенка. Предварительного плана лечения и необходимости проведения операции удаления молочных зубов:

Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении. Врач внимательно осмотрел ребенка и разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске удаления зуба, включая вероятность осложнений, сопутствующих подобным операциям, методам анестезии, прием лекарств.

Я понимаю, что раннее удаление молочных зубов должно проводиться в крайних случаях, так как это может приводить к затруднению прорезывания основного зуба (зубов) может привести к таким осложнениям, как киста или гранулема на корне молочного зуба; воспаление тройничного или нижнечелюстного нерва, на фоне воспаления молочного зуба: сильное разрушение коронки молочного зуба и невозможность восстановления зуба, _____

которые гораздо опаснее. Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я соглашаюсь с тем, что в данном случае удаление зуба является единственным способом лечения.

Я соглашаюсь с тем, что во время операции и послеоперационном периоде может появиться:

1. Возможность болевых ощущений в течение послеоперационного периода;
2. Возможность припухлости мягких тканей;
3. Повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
4. Ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов.

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния, может быть, в течении нескольких дней.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций, в том числе совместно с медицинской седацией. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляться в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям.

Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраниться в течение нескольких дней и дольше.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у моего ребенка заболеваниях. Я подтверждаю, что в анкете назвал(а) все известные имеющиеся у ребенка болезни. Я подтверждаю, что добровольно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья ребенка.

Я информирован(а) о необходимости в течении 24 часов после операции соблюдать ограничения: не жевать на стороне удаленного зуба, соблюдать щадящую (жидкую) диету и гигиену полости рта. Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение моему ребенку.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована медицинской карте в листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгеновского обследования.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно – эпидемиологического режима.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые могут возникнуть вследствие естественных изменений моего организма, стоимость лечения взимается в полном объеме.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о заболевании, фотографии зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения о объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне хирургической операции на предложенных условиях, о чем подписываюсь собственноручно.

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.