

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, _____
в соответствии с требованиями ст.20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне/ моему ребенку (нужное подчеркнуть) следующих медицинских услуг: ортодонтическое лечение зубных рядов и челюстей, а именно:

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Я ознакомлен(а) с техническими особенностями процедуры ортодонтического лечения, дефектов зубных рядов и челюстей. Я даю свое согласие на его проведение.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта. Я понимаю, доведенную до меня информацию, что при проведении лечебных манипуляций по ортодонтическому лечению дефектов зубных рядов и челюстей, включая анестезию и прием лекарственных средств, существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений: кариеса вокруг брекетов, обострения заболеваний пародонта, поломки системы и травмирования слизистой оболочки полости рта, рецидива аномалии или деформации отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы, аллергических реакций и др.

Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений.

Я понимаю, что это лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех этапов, поэтому возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде внеплановых манипуляций и/или изменения срока лечения.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у лечащего врача в течение лечения и по окончании, когда буду пользоваться ретенционным аппаратом. Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения. Мне были объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения, а также альтернативные варианты.

Я поставлен(а) в известность о том, что установление гарантийных сроков по данному виду услуг (работ) невозможно.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден(а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача прекращает гарантийные обязательства медицинской организации перед Заказчиком (пациентом), а также может повлечь за собой не достижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений:

аллергические реакции и др.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

_____ (указать какие, если имеются исключения).

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен(а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных

препаратов (в т.ч. для анестезии), за
исключением: _____ (указать какие, если имеются
исключения)

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. №390н я также даю согласия на проведение при необходимости следующих вмешательств: 1. Опрос, в том числе выявленных жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 7. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1,3 ст. 3.ст.11 Федерального закона №152-ФЗ "О персональных данных".

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении о состоянии здоровья следующим лицам: _____

Ф.И.О. ребенка (если медицинское вмешательство будет осуществлено в отношении пациента, не достигшего возраста 15-лет): _____

Фамилия, инициалы и подпись
пациента: _____

Фамилия, инициалы и подпись
врача: _____

Дата: " _____ " _____ 2023г.

Примечание: в соответствии со ст.20. Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста (в общей практике, т.е. за исключением наркологии, ВИЧ-инфекции и трансплантологии), а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.