

ООО «Оздоровительный центр Абилис»
660030, Красноярский край г. Красноярск, Ботанический б-р, дом 9, стр. 4
тел.: (391) 219-70-40.

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента (законного представителя).

Любое медицинское вмешательство сопряжено с определенными рисками. По существующему закону, вы должны быть о них проинформированы в письменном виде. Конечно, это не значит, что с вами случится какая-то беда, но вы должны быть осведомлены, что успех лечения во многом зависит от того, насколько правильно вы будете соблюдать рекомендации и назначения вашего лечащего доктора. Да и вообще, прописанные в Информированном Согласии ситуации, при правильном планировании, подготовке и проведении лечения маловероятны и легко корректируются.

Информированное добровольное согласие на проведение обезболивания (анестезии).

(основание ст. 13, 19, 20-23 Ф.З. Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.)

Я, ПАЦИЕНТ_ПОЛНОЕ_ФИО, добровольно обращаюсь в ООО «ОЦ Абилис», для проведения медицинского вмешательства.

Я информирую(а) моим лечащим врачом ДОГОВОР_ВРАЧ о необходимости проведения обезболивания (анестезии) при проведении медицинского вмешательства.

Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной манипуляции могут быть: невозможность оказания медицинской услуги и как следствие, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области.

Я информирую(-а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений. Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), потерю чувствительности, неврит, невралгию, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

При этом я информирую(-а), что некоторые виды медицинских вмешательств без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения.

Мне объяснены альтернативные варианты, Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Я подтверждаю, что достоверно назвал(-а) все известные, имеющиеся у меня болезни, недуги и аллергические состояния.

Я подтверждаю, что добросовестно ответил(-а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии моего здоровья.

При проведении местной инъекционной анестезии результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(-а) полную информацию о:

- технологии (методах) и препаратах (лекарственных средствах), которые будут использованы в процессе проведения обезболивания (анестезии).
- сроках проведения обезболивания (анестезии).
- стоимости проведения обезболивания (анестезии). При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

Я информирую, (согласно статьи 79 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ) о возможности получения данного вида медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в условиях ОМС.

Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов, отбеливание, и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения, постановки диагноза, обезболивания, проведения лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

Я разрешаю/не разрешаю (*подчеркнуть*) использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности в печатных изданиях и сети Интернет. Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении лицам, его оплачивающим, и близким родственникам, а также всем лицам, профессионально обязанным сохранять медицинскую тайну.

Я также же даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1.,3. ст. 3., ст.11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.

Я уведомлен(а) об осуществлении Клиникой видео- и(или) аудио- записи, в помещениях Клиники, ведущейся с целью безопасности и повышения качества оказания Услуг.

Пользуясь правом, предоставленным мне законодательством Российской Федерации разрешаю давать информацию о состоянии моего здоровья только следующим лицам:

(ФИО и контактный телефон лица, уполномоченного получить информацию)

Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня. Рекомендации, памятка мною получены.

Я получил(-а) полную информацию о стоимости лечения, согласен(-а) с тем что в процессе лечения могут быть изменения в стоимости в большую или меньшую сторону, связанные с особенностью моего лечения.

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом, понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия, и принимаю решение приступить к моему обследованию и лечению.

Настоящий документ является приложением к Договору возмездного оказания медицинских услуг № _____ от «___» _____ 20__ г., неотъемлемой частью медицинской карты.

С рекомендациями, планом лечения, режимом лечения ознакомлен, обязуюсь их выполнять.

Дата ДАТА_ДОГОВОРА ПАЦИЕНТ_ПОЛНОЕ_ФИО

Я, ДОГОВОР_ВРАЧ, своей подписью _____ подтверждаю, что объяснил(-а) проводимое лечение:

Дата:	Подпись:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____