

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 медицинское вмешательство ребенку (лечение кариеса, герметизацию фиссур).**

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

Я, ЗАКАЗЧИК\_ПОЛНОЕ\_ФИО, являясь законным представителем ПАЦИЕНТ\_ПОЛНОЕ\_ФИО, добровольно обращаюсь в ООО «ОЦ Абилис», для проведения следующих медицинских вмешательств: осмотра, консультации, диагностики, стоматологического обследования, рентген-диагностики, профессиональной гигиены полости рта, эстетической и функциональной коррекции формы положения зубов, челюстей и имеющихся у моего ребенка стоматологических заболеваний.

Я информирован(а) моим лечащим врачом ДОГОВОР\_ВРАЧ о состоянии моего здоровья моего ребенка ПАЦИЕНТ\_ПОЛНОЕ\_ФИО на момент его обращения за медицинской помощью.

**В свою очередь, я достоверно передал информацию о состоянии здоровья моего ребенка, а также понимаю необходимость выполнения всех полученных от врача и персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, необходимости коррекции характера и режима питания, проведения консервативного лечения, в котором он будет нуждаться, и визитов в указанные сроки.**

**Я подтверждаю, что мой ребенок не состоит (состоит) на учете у узких специалистов по заболеваниям которые могут повлиять на процесс и результат лечения стоматологической патологии.**

Я соглашаюсь с тем, что лечение моего ребенка будет проводить врач-стоматолог ДОГОВОР\_ВРАЧ.

Я уполномочиваю врача-стоматолога провести терапевтическое лечение кариеса (запечатывание фиссур) зубов \_\_\_\_\_ моему ребенку.

В исключительных случаях (например болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

**Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения.**

**Лечащий врач в доступной и понятной форме уведомил меня о проводимой моему ребенку медицинской услуге. О режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях. О графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг. Об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты. Об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии здоровья моего ребенка, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, положении о гарантиях и сроках службы на овеществленные результаты оказанных услуг.**

**Я получил(-а) полную информацию о:**

- технологии (методах) и материалах, которые будут использованы в процессе лечения.
- сроках проведения лечения
- стоимости отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. 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.

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 (психо-эмоционального состояния ребенка), добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Стоматологическое лечение заключается в удалении инфицированных тканей зуба, медикаментозной обработке и пломбировании зуба с последующей полировкой.

При глубокой кариозной полости или при остром течении кариеса существует вероятность воспаления нерва зуба и необходимости проведения лечения по поводу пульпита.

В ходе лечения при наличии показаний к расширению объема вмешательства может потребоваться изменение плана лечения, а именно: частичное или полное удаление нерва.

Безопасность зоны медицинского вмешательства обеспечивается посредством применения коффердама, препятствующего проникновению в рабочую зону слюны, предотвращающего случайное попадание в дыхательные пути мелких инструментов и мелкодисперстных отходов и их заглывание, защищающего слизистую оболочку от воздействия применяемых в процессе лечения зуба веществ.

Мне объяснены в доступной и понятной форме ожидаемые результаты, риск и, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также необходимые дополнительные исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

**Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:**

- прогрессирование воспалительного процесса.
- вовлечение в воспалительный процесс зачатка постоянного зуба.
- появление или нарастание болевых ощущений.
- потеря зуба.
- некоторые нарушения общего состояния организма.
- развитие местных осложнений (у детей оно происходит быстрее чем у взрослых, что обусловлено особенностями строения и кровоснабжения челюстно-лицевой области).

**Мне объяснены альтернативные варианты, Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (них) 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).**

**Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.**

Мне объяснены сопутствующие явления планируемого лечения моему ребенку, включая:

- боль, неудобство, припухлость, чувствительность к холоду и теплу.

-возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.

-поскольку после анестезии чувствительность значительно снижена, ребенок может накусывать щеки, губы.

-возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Мне разъяснены возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно:

-определенный процент (5-10) неэффективного лечения молочных зубов по причине медицинской специфики, а также индивидуальных особенностей временных (молочных) зубов у конкретного ребенка и состояния его общего здоровья.

-проведение хирургического вмешательства в районе тканей окружающих зуб, или даже удаление зуба.

Существует несколько методов лечения осложненных форм кариеса временных (молочных) зубов:

-удаляется пульпа из коронковой части зуба, а в корневой части зуба, пульпа сохраняется. Такое лечение проводится в одно или несколько посещений.

-пульпа удаляется из коронковой части, и из корней. Корневые каналы пломбируются лекарственными препаратами. Такое лечение возможно в два, три и более посещений.

После лечения осложненных форм кариеса необходимо восстановление коронковой части зуба, т.е. постановка пломбы, или коронки (если зуб разрушен более чем на 1/2).

Мне объяснено и я понял(-а), что существует вероятность того, что во время осуществления планируемого лечения выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее, вплоть до удаления зубов не поддающихся консервативному лечению, а также направление к другим специалистам (хирургу, гигиенисту, пародонтологу, ортодонту и т.д.), и мне это известно.

Изменения в плане лечения, по медицинским показаниям, возникшие во время проведения общей анестезии (из-за невозможности получения согласия) подлежат оплате. После лечения доктор обоснует свое решение.

Я согласен(-а) на проведение рентгенографии при обследовании и лечении зубов, необходимой для полноценной диагностики и контроля проведенных лечебных манипуляций.

**Я информирован, (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, моего ребенка 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 (моему ребенку) 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 здоровья моего ребенка только следующим лицам:

\_\_\_\_\_  
(ФИО и контактный телефон лица, уполномоченного получить информацию)

Я подтверждаю, что уведомил представителей клиники, о возможном нахождении моего ребенка на лечении, в сопровождении следующих лиц:

\_\_\_\_\_  
(ФИО и контактный телефон лица, уполномоченного сопровождать ребенка)

и проведение лечения, согласно подписанного мною плана лечения.

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

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

Настоящий документ является приложением к Договору возмездного оказания медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., неотъемлемой частью медицинской карты моего ребенка.

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

Дата ДАТА ДОГОВОРА г.

Законный представитель \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.ребенка)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

Я, ДОГОВОР\_ВРАЧ, своей подписью \_\_\_\_\_ подтверждаю, что объяснил(-а) проводимое лечение:

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