

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 на проведение обезболивания(анестезии) ребенку.**

*(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 необходимости проведения местного обезболивания (анестезии) при проведении лечения моему ребенку.

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 информирован(-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 информирован(-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 моего ребенка болезни, недуги и аллергические состояния.

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

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 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.**

