

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

Я, ПАЦИЕНТ_ПОЛНОЕ_ФИО, ПАЦИЕНТ_ДАТА_РОЖДЕНИЯ г.р., добровольно обращаюсь в **ООО «ОЦ Абилис»**, для проведения следующего медицинского вмешательства – ортопедическое лечение.
Я информирован(а) моим лечащим врачом ДОГОВОР_ВРАЧ о состоянии моего здоровья, о предполагаемых диагностических мероприятиях (снятии слепков, изготовлении диагностических моделей) ортопедическом лечении (протезировании) _____

На момент обращения за медицинской помощью Врач поставил диагноз : _____

В свою очередь, я достоверно передал информацию о состоянии моего здоровья, 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 не состою (состою) на учете у узких специалистов по заболеваниям которые могут повлиять на процесс и результат лечения стоматологической патологии. _____

Я соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог **ДОГОВОР_ВРАЧ**.
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 мне, 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), материалах и лекарственных препаратах 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), добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Ортопедическое лечение – это комплекс мероприятий, направленных на нормализацию функционального и эстетического состояния зубочелюстного аппарата, что достигается путем замещения недостающих зубов ортопедическими конструкциями различного типа сложности.

Врач понятно объяснил мне, что ортопедическое лечение проводится поэтапно, поэтому важно строгое соблюдение сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу.

ЛЕЧЕНИЕ СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЭТАПОВ:

1. Диагностический: осмотр, снятие слепков и изготовление диагностических моделей, рентгенографическое исследование, выбор конструкции протеза, составление плана лечения.
2. Подготовительный: санация полости рта, терапевтическая подготовка зубов (подготовка каналов под штифтовкладки, депульпирование зубов при необходимости, ортодонтическое лечение, хирургическая подготовка).
3. Основной (лечебный): обработка опорных зубов, снятие слепков, изготовление ортопедических конструкций, коррекция протезов.
4. Этап наблюдения: профилактические осмотры ортопедических конструкций, коррекция и починки протезов.

Ортопедическое лечение имеет своей целью долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; заболевания пародонта и дальнейшее разрушение жевательного аппарата).

Я проинформирован(а), что перед проведением ортопедического лечения очень важно пройти необходимую подготовку (профессиональная гигиена; лечение десен; лечение зубов; обязательна консультация врача ортодонта, при необходимости лечение; при необходимости процедуру отбеливания зубов; и. т. д.)

Мне понятно, что последствиями отказа от протезирования могут быть: прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости; перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения; прогрессирование зубо-альвеолярных деформаций; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функции речи; прогрессирование заболеваний тканей пародонта и как следствие потеря оставшихся зубов; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю и предупрежден, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов, и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки ортопедической конструкции.

Мой лечащий врач доступно объяснил мне преимущества протезирования на имплантатах от других видов протезирования. О возможных негативных последствиях отказа от протезирования на имплантатах я предупрежден, а именно:

- атрофия костной ткани в области отсутствующих зубов;
- чрезмерная нагрузка на опорные зубы (при протезировании мостовидными протезами) и как следствие; возможная их потеря;
- необходимость препарирования здоровых зубов;
- необходимость коррекции съемных протезов.

Я отказываюсь от протезирования на имплантатах, что подтверждаю своей подписью: _____.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза).

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи. При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психо-, мио-функциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушения функции речи, жевания, глотания, поломок протезов.

Мне разъяснено, что фиксация ортопедических конструкций производится на специальные виды цементов. Фиксирующие способности этих цементов различны и поэтому возможны расцементировки ортопедических конструкций.

Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строго соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу.

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

Меня уведомили, что клиника и ее персонал не несет ответственности за качество предоставляемых услуг в следующих случаях:

1. Предоставление услуг по требованию пациента, расходящихся с предложенным врачом планом протезирования, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.
2. Возникновение аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее.
3. Осложнения, возникающие по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций.
4. Переделка и коррекция работ в другом лечебном заведении.
5. Ремонт, порча и коррекция работы самим пациентом.
6. Неудовлетворительное состояние гигиены полости рта.
7. Осложнения, возникшие в зубах, лечение которых проводилось в других клиниках.

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).

Альтернативными методами лечения являются: отсутствие лечения как такового. При этом я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках.

Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения, о начале лечения.

Мне понятно предусмотрено лечебное мероприятие и метод лечения.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время проведения анестезии, при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

О требуемом моем поведении, в период лечения и после него я осведомлен(а).

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.

Особые проблемы, имеющиеся у меня, особо оговорены, в частности: _____

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

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

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

С рекомендациями, планом лечения, режимом лечения ознакомлен(а), обязуюсь их выполнять.

ДАТА ДОГОВОРА г. _____ / _____

(Ф.И.О.)

(подпись)

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

Дата: _____ Подпись: _____

