

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 гигиенической чистки, проведение реминерализирующей терапии 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 следующего медицинского вмешательства – проведение гигиенической чистки, проведение реминерализирующей терапии.

Я информирован(-а) моим лечащим врачом, гигиенистом ДОГОВОР ВРАЧ о

состоянии моего здоровья моего ребенка ПАЦИЕНТ ПОЛНОЕ\_ФИО на момент его обращения за медицинской помощью.

Врач поставил диагноз моему ребенку: \_\_\_\_\_.

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, гигиенист 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 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), 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 ребенка), добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я уведомлен, что с учетом имеющейся у моего ребенка клинической ситуации перед началом лечения зубов показана профессиональная гигиена, целью которой является удаление микроорганизмов, находящихся на деснах, в зубном налете, зубном камне, в остатках пищи под зубными протезами (мостами), ортодонтическими аппаратами и нависающими краями пломб. Профессиональная гигиеническая чистка заключается в удалении над- и поддесневых твердых и мягких зубных отложений ультразвуком, ручными инструментами, пескоструйным аппаратом, вращающимися щетками с пастой. Гигиеническая чистка не исключает дальнейшего лечения у врача-пародонтолога, если имеются объективные медицинские показания, и может быть подготовительным этапом к этому лечению.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства: дискомфорт, повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям; боль; отек (припухлость) десны и мягких тканей, гематома; кровотечение; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или Air-flow высока вероятность выпадения пломб с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов, дефектных пломб; появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

Немедикаментозная помощь направлена на обеспечение адекватной гигиены полости рта с целью предупреждения развития и прогрессирование кариозного процесса, включает три основных компонента: обучение гигиене полости рта, контролируемая чистка зубов и профессиональная гигиена полости рта и зубов. С целью выработки навыков чистки зубов и максимально эффективного удаления мягкого зубного налета обучают детей и их родителей приемам гигиены полости рта. Технику чистки зубов демонстрируют на моделях. Индивидуально подбирают средства гигиены полости рта, с учетом возраста. Обучение навыкам гигиены полости рта способствует предупреждению развития кариеса зубов. Под контролируемой чисткой зубов подразумевается чистка, которую ребенок осуществляет самостоятельно в присутствии специалиста (врач-стоматолог детский, врач-стоматолог, гигиенист стоматологический) в стоматологическом кабинете или комнате гигиены полости рта, при наличии необходимых средств гигиены и наглядных пособий. Цель данного мероприятия - контроль эффективности чистки зубов ребенком, коррекция недостатков техники чистки зубов. Контролируемая чистка зубов позволяет добиться эффективного поддержания уровня гигиены полости рта. Профессиональная гигиена полости рта включает удаление с поверхности зуба зубных отложений и позволяет предотвратить развитие кариеса зубов и воспалительных заболеваний пародонт.

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.

-прогрессирование зубочелюстных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, появление промежутков между зубами;  
-нарушение функции жевания, дыхания, речи;  
-косметические, эстетические, а в связи с ними и психоэмоциональные проблемы, вызванные «неправильным» соотношением челюстей, зубов и зубных рядов;  
-нарушение в деятельности жевательных мышц, боли;  
-поражение височно-нижнечелюстного сустава с нарушением его функции и болевым синдромом;  
-неполноценное функционирование зубочелюстной системы, и как следствие, преждевременная потеря зубов, костной ткани;  
-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 (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. Хотя данный вид лечения имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

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

Я полностью осознал(-а), что во время лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата. Я осведомлен(-а) о сроках лечения, об особенностях послеоперационного периода.

Мне понятно предусмотренное лечебное мероприятие и метод лечения.

Я осведомлен(-а) о возможных осложнениях во время проведения анестезии моему ребенку, при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(-а) врача о всех случаях аллергии моего ребенка 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 поведении моего ребенка, перед лечением и после, я осведомлен(-а).

Я согласен(-а) на проведении 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 моего ребенка, 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, 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

Законный представитель ПАЦИЕНТ\_ФИО / ЗАКАЗЧИК\_ПОЛНОЕ\_ФИО / \_\_\_\_\_ /

Я подтверждаю, что объяснил:

Врач, гигиенист ДОГОВОР\_ВРАЧ / \_\_\_\_\_ /

Проводимое лечение: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_