



Абилис
стоматологическая
клиника

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

Приложение к Договору возмездного оказания медицинских услуг в _____ ООО
«ОЦ Абилис» № _____ от «___» _____
20__ г.

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 рентгенологического обследования, проведение Компьютерной томографии

(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 рентген-диагностики, проведения компьютерной томографии.

Я информирован(-а) моим лечащим врачом ДОГОВОР_ВРАЧ о состоянии моего здоровья на момент его обращения за медицинской помощью.

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 результат обследования.

Я соглашаюсь с тем, что осмотр, мое обследование будет проводить рентген-лаборант _____

(Ф.И.О. рентген-лаборанта)

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

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил детальные объяснения в устной форме о необходимости рентгенологического обследования.

Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения и обследования зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма.

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 о вещественные результаты оказанных услуг.

Я получил(-а) полную информацию о:

- технологии (методах) и материалах, которые будут использованы в процессе осмотра, обследования, диагностики.

- получаемой при данном виде обследования дозы ионизирующего облучения

- сроках проведения обследования

- стоимости отдельных процедур (этапов) и обследования в целом. При этом мне известно, что в процессе обследования стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредил 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 (психологического состояния ребенка), добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

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

Возможные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного обследования и диагностики, а именно, невозможности проведения лечения, как такового, и как следствие:

-прогрессирование зубочелюстных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, появление промежутков между зубами;

-нарушение функции жевания, дыхания, речи;

-косметические, эстетические, а в связи с ними и психологические 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;

-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

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).

1. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути данного обследования:

1.1. Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.

1.2. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования:

- для первоначальной диагностики, а также контроля лечения в динамике проведение компьютерной томографии.
- по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения дополнительно по необходимости (по назначению стоматолога) выполняются прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей;

1.3. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.

1.4. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований (особенно, компьютерной томографии), врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

1.5. При получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица и т.д.).

1.6. Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:

- беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям);
- отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний, менее чем за шесть месяцев до настоящего времени);
- выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений).

1.7. Назначение рентгенологических исследований детям до 15 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия родителей, что связано с лучевой нагрузкой.

2. Я обязуюсь известить лечащего врача, а также врача-рентгенолога или рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний (пп. 1.6. и 1.7.) до проведения рентгенологического обследования.

3. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования.

3.1. Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (ортопантомограф, дентальный компьютерный томограф, радиовизиограф), которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.

- 3.2. Будут получены качественные рентгеновский снимки.
- 3.3. Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований (Лист вклеивается в медицинскую карту).
- 3.4. В обязательном порядке мне будет сообщена информация о полученной дозе облучения, и мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического обследования.
4. Мне были объяснены возможные исходы и альтернативы предложенного рентгенологического обследования.

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

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.

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 моего здоровья, о результатах обследования 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.

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, обязуюсь их выполнять.

ДАТА_ДОГОВОРА г.

ПАЦИЕНТ_ПОЛНОЕ_ФИО
(Ф.И.О.)

/ _____/
(подпись)

