

**Заключение**

1. Получив в доступной форме полную и достоверную информацию о недостатках, возможных отрицательных последствиях, рисках и осложнениях в ходе стоматологического лечения, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось психологического давления и принуждения.

2. Я считаю, что благоприятный для здоровья ребенка результат лечения, достигнутый при успешном проведении всех манипуляций, для меня значительно важнее, чем недостатки, отрицательные последствия, риски и осложнения, возможные при проведении лечения.

3. Рассмотрев другие методы и средства лечения, которые являются альтернативой и дают возможность не прибегать к ней, я выбираю стоматологическое лечение и, выражая согласие на него, осознанно и добровольно принимаю решение о проведении всех необходимых манипуляций, включая возможное дополнительное, повторное или альтернативное лечение (вмешательство), которое может потребоваться и приведет к увеличению стоимости лечения

\_\_\_\_\_ (полное наименование, адрес медицинской организации)

врачом:

\_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество врача)

4. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н1 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

5. Выбранные мною лица, которым может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

1) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество, адрес, телефон гражданина)

2) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество, адрес, телефон гражданина)

Пациент: \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_ (подпись)

Дата: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

**Свидетельство врача**

1. Я свидетельствую, что осмотрел полость рта пациента и провел необходимые исследования состояния его здоровья, разъяснил пациенту и его представителю суть, ход проведения, цель, особенности, достоинства, недостатки, все другие аспекты, возможные отрицательные последствия, риски, осложнения и альтернативу стоматологическому лечению ознакомил с медицинской документацией, ответил на все вопросы.

2. Настоящее информированное добровольное согласие пациента действительно в течение всего срока оказания медицинской помощи в выбранной медицинской организации.

Врач: \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество) \_\_\_\_\_ (подпись)

Дата: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года

**ИНФОРМИРОВАННОЕ  
на терапевтическое лечение зубов, проф  
(удаление в**

г. Владивосток

Я, \_\_\_\_\_  
родившийся «\_\_\_» \_\_\_\_\_ год  
\_\_\_\_\_, про

имеющий паспорт гражданина Российской Федер

являюсь законным представителем ребенка

Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_

в соответствии с положениями Федерального закона  
граждан в Российской Федерации», Правилами предост  
услуг, утвержденных постановлением Правительства  
возмездного оказания стоматологических медицински  
добровольное согласие на проведение ребенку сто

Стоматологическое лечение в детской стоматоло  
фессиональную гигиену полости рта и хирургиче

**1. Я получил в доступной для меня форме инфо**

1) состоянии стоматологического здоровья, в то  
вания, наличии заболевания, об установленном д  
средствах оказания медицинской помощи, лечени  
тах, последствиях медицинского вмешательства, о  
лечения, об используемых лекарственных препарат  
о сроках их годности (гарантийных сроках), показ  
ных препаратов и получению медицинских услуг

2) месте нахождения, месте государственной р  
цензии и сертификатов, перечне медицинских ус  
получения услуг, расчете стоимости оказанных ус  
циалистов исполнителя;

3) другую информацию, предусмотренную Гра  
ным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об  
ции», Законом Российской Федерации от 07 фев  
Правилами предоставления медицинскими органи  
постановлением Правительства Российской Федер

**2. Мне в доступной форме разъяснены врачом**

1) суть, методы, средства, ход проведения, цел  
пательные последствия и осложнения, особенност  
тологического лечения, а так же о современные в

2) свойства, характеристики используемых лека  
3) наличие у меня относительных и (или) абсо  
отсутствие противопоказаний;

4) использование обезболивающих способов и с  
томатологического лечения, их недостатки, возм  
риски и осложнения при их применении;

5) рекомендации после стоматологического леч

6) возможность возникновения после стоматологического лечения . некоторых неудобств и болезненных ощущений, которые не могут считаться недостатками лечения и свидетельствовать об ухудшении здоровья ребенка, потому что являются естественным следствием индивидуальных процессов адаптации организма, заживления и восстановления зубочелюстной системы;

7) суть, методы, средства, ход проведения, цели, предполагаемые результаты, риски, возможные отрицательные последствия и осложнения, особенности, достоинства, недостатки и все другие аспекты иных методов лечения, которые являются альтернативой стоматологическому лечению и дают возможность не прибегать к ней;

8) если не прибегать к стоматологическому лечению может возникнуть дальнейшее прогрессирование процесса: развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, а также системные проявления заболеваний; если не прибегать к лечению кариеса и некариозных поражений, либо эндодонтическому лечению может возникнуть дальнейшее прогрессирование процесса: развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, а также системные проявления заболеваний;

9) возможные отрицательные последствия, риски и осложнения во время и после стоматологического лечения: отек, гиперемия слизистой оболочки десны, боль, зуд в деснах, повышение кровоточивости десен, ощущение дискомфорта в зубе или десне после лечения от нескольких часов до нескольких дней, воспаление пульпы зуба или периодонтальных тканей, выведение пломбировочного материала за верхушку корня, перфорация корня, отлом инструмента в корневом канале, тошнота, боль, отек, временное онемение губ, языка, подбородка, щек, зубов, аллергические реакции на обезболивающие и лекарственные средства и иные медицинские препараты, в отдаленном периоде возможно повторное развитие в этом зубе кариеса или дальнейшее распространение воспалительного процесса; возможность развития острых гнойных процессов после стоматологического лечения: одонтогенных периоститов, абсцессов, флегмон, остеомиелитов; при лечении глубокого кариеса в ближайший период возможно развитие пульпита;

10) при применении до, во время и после лечения обезболивающих и лекарственных средств, а также иных медицинских препаратов возможно развитие аллергической реакции организма (от легкой до тяжелой степени тяжести), которая выражается в появлении изменений на коже (сыпи), кожного зуда, затруднении дыхания, асфиксии (удушьё) вплоть до потери сознания и остановки сердца, – анафилактического шока, требующего проведения неотложных мероприятий, направленных на прекращение и предотвращение в дальнейшем ухудшения состояния здоровья;

11) даже при строгом соблюдении соответствующих норм и правил проведения стоматологического лечения нет полной гарантии предотвращения возможных рисков и осложнений при проведении стоматологического лечения;

12) При проведении стоматологического лечения возможно случайное повреждение мягких тканей полости рта (щеки, дна полости рта, мягкого и твердого неба, десны, языка);

13) во время и после лечения в целом, здоровье ребенка может ухудшиться, тогда по усмотрению врача для достижения благоприятного результата лечения может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия, поэтому планируемое лечение может быть пересмотрено или модифицировано, а первоначальный план лечения может быть изменен и выполнен с учетом изменений;

14) если во время или после лечения здоровье моего ребенка ухудшится или возникнет угроза этого, я буду проинформирован об этом для принятия мною решения о целесообразности дальнейшего проведения дополнительной или альтернативной терапии;

15) невыполнение либо неточное или несвоевременное выполнение назначений и рекомендаций врача, несообщение ему полных и достоверных сведений о состоянии здоровья ребенка, неудовлетворительная гигиена полости рта, сильнодействующих препаратов, а также выбор, не смотря на рекомендации врача, заведомо неправильных видов, способов, методов и средств лечения могут неблагоприятно повлиять на качество и прогноз лечения;

16) стоматологическое лечение является биологической процедурой и невозможно определить точно способность костной ткани к регенерации (восстановлению);

17) продолжительность лечения и реабилитации не может быть определена точно и может изменяться от шести месяцев до двух лет;

18) необходимость рентгенологических исследований до, во время и после лечения для достижения успешного лечения;

19) необходимость приема лекарственных средств и иных медицинских препаратов до, во время и после лечения в соответствии с назначениями врача;

20) действие назначаемых лекарственных средств и иных медицинских препаратов их недостатки, возможные побочные реакции, отрицательные последствия, риски и осложнения при их применении;

21) в случае, если без назначения или согласия врача, проводившего лечение, будут приниматься ребенком какие-либо лекарственные средства и иные медицинские препараты (даже если они назначены другим врачом) или будет получено какое-либо лечение у другого врача (за исключением неотложных и экстрен-

ных ситуаций), исполнитель освобождается от отве

22) на некоторых этапах обследования, постановки диагноза, диагностических и профилактических мероприятий может потребоваться участие других специалистов и иных специалистов со стороны третьих лиц;

23) рекомендации по уходу за пломбами после лечения, возможные последствия нарушения гигиены полости рта и возможные последствия нарушения гигиены полости рта;

24) необходимость прохождения медицинского обследования для контроля результатов лечения и состояния полости рта;

25) практическая стоматология не является точной наукой, поэтому результат лечения в целом, и не может быть гарантирован, поэтому результат лечения в целом;

26) в некоторых случаях эндодонтического лечения динамика положительной динамики уменьшается в связи с невосполнением объема тканей, повышается риск перфораций, поломки пломбы, резистентности микрофлоры корневого канала, поэтому в некоторых случаях может потребоваться повторное хирургическое лечение (вмешательство);

27) необходимость обязательного восстановления зубов, которые становятся более хрупкими и возникает необходимость протезирования.

**3. Врач осмотрел полость рта ребенка и провел**

**4. Я лично и непосредственно ознакомился с медицинскими документами, касающимися здоровья ребенка, и получил консультации по ним у**

**5. Вся изложенная врачом и содержащаяся в медицинской карте моего ребенка информация, понятна, я имел возможность задать любые вопросы, касающиеся здоровья моего ребенка, и получил доступные моему пониманию исчерпывающие ответы.**

**6. Я сообщил врачу полные и достоверные сведения о состоянии здоровья моего ребенка:**

1) состоянии физического и душевного здоровья моего ребенка;  
2) имевшихся и имеющихся у ребенка аллергических заболеваниях, заболеваниях внутренних органов, хронических заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах и иных медицинских препаратах, а также о наличии у моего ребенка заболеваний крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях;  
3) болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях у моего ребенка.

**7. Я согласен:**

1) на выбор способов и средств анестезии по усмотрению врача;  
2) с рекомендацией по уходу за зубами;  
3) регулярно являться на прием к врачу в назначенное время;  
4) при необходимости проводить ребенку профилактические осмотры;  
5) строго выполнять все рекомендации врача по уходу за зубами;  
6) на привлечение других врачей и иных специалистов при необходимости;  
7) сообщать врачу все изменения состояния здоровья моего ребенка, которые я считаю, что изменения связаны с проведенным стоматологическим лечением;  
8) разрешить доктору проведение фотографирования моего ребенка для целей без указания фамилии, имени и отчества ребенка;  
9) не предъявлять претензий в связи с недостатками стоматологического лечения, сопротивлением ребенка при проведении рентгенологических исследований;  
10) на рентгенологические исследования до, во время и после лечения;  
11) принимать лекарственные средства и иные медицинские препараты в точном соответствии с назначениями врача;  
12) не предъявлять претензий по поводу отказа от лечения, если мое поведение ребенка в кресле, в том числе