

Заключение

1. Получив в доступной форме полную и достоверную информацию о недостатках, возможных отрицательных последствиях, рисках и осложнениях в ходе ортопедического лечения, а также об альтернативном лечении и возможности не прибегать к ней, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось психологического давления и принуждения.

2. Я считаю, что благоприятный для моего здоровья 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 ортопедическое лечение и, выражая согласие на него, осознанно и добровольно принимаю решение о проведении мне этой манипуляции, включая возможное дополнительное, повторное или альтернативное лечение (вмешательство), которое может потребоваться в

_____ (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 утвержденных 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)

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 суть, ход проведения, цель, особенности, достоинства, недостатки, все другие аспекты, возможные отрицательные последствия, риски, осложнения и альтернативу ортопедического лечения 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

Приложение к договору № _____ возмездного оказания стоматологических медицинских услуг от « ____ » _____ 20 ____ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на ортопедическое лечение

г. Владивосток « ____ » _____ 20 ____ г.

Я, _____, родившийся « ____ » _____ года в _____, проживающий по адресу: _____,

имеющий паспорт гражданина Российской Федерации: выданный « ____ » _____ 20 ____ года

_____, в соответствии с положениями Федерального закона от 21.11.2011 года № 323ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736, Договором возмездного оказания стоматологических медицинских услуг, настоящим подтверждаю свое информированное добровольное согласие на проведение мне ортопедического лечения (временного и постоянного: пластинчатый протез, бюгельный протез, несъемные коронки, мостовидные конструкции на зубах и имплантатах) в дальнейшем «лечение» или «протезирование».

1. Я получил в доступной для меня форме информацию о следующем:

1) состоянии моего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах и средствах оказания медицинской помощи, лечения, связанных с ними рисках, возможных видах, вариантах, последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, лечения, об используемых лекарственных препаратах и иных средствах, медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях и противопоказаниях к применению лекарственных препаратов и получению медицинских услуг;

2) месте нахождения, месте государственной регистрации, режиме работы исполнителя, наличии лицензии и сертификатов, перечне медицинских услуг с указанием их цены в рублях, условиях оказания и получения услуг, расчете стоимости оказанных услуг, квалификации и сертификации врачей и иных специалистов исполнителя;

3) другую информацию, предусмотренную Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 07 февраля 1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей», Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 № 736.

2. Мне в доступной форме разъяснены врачом следующие сведения:

1) суть, методы, средства, ход проведения, цели, предполагаемые результаты, риски, возможные отрицательные последствия и осложнения, особенности, достоинства, недостатки и все другие аспекты. Современные клинические рекомендации лечения.

2) свойства, характеристики используемых лекарственных препаратов и материалов;

3) наличие у меня относительных и (или) абсолютных противопоказаний к проведению лечения либо отсутствие противопоказаний;

4) использование обезболивающих способов и средств для облегчения боли, связанной с проведением лечения, их недостатки, возможные побочные реакции, отрицательные последствия, риски и осложнения при их применении;

5) рекомендации после лечения, в том числе меры реабилитации;

6) возможность возникновения после лечения некоторых неудобств и болезненных ощущений, которые не могут считаться недостатками лечения и свидетельствовать об ухудшении моего здоровья, потому что являются естественным следствием индивидуальных процессов адаптации организма и восстановления функции 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 предложенному мне лечению и дают возможность не прибегать к нему;

8) если не прибегать к лечению может возникнуть дальнейшее прогрессирование процесса: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой, после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатия.

9) возможные отрицательные последствия, риски и осложнения во время и после лечения: отек, гиперемия слизистой оболочки, боль, зуд в деснах, повышение кровоточивости десен, появление «потертостей» при съемном протезировании, рвотный рефлекс, ухудшение эстетического эффекта протезирования из-за отказа удалять зубы или делать пластику десны, изменение дикции, вкусовых ощущений, плохая фиксация и стабилизация пластинчатых съемных протезов при выраженной атрофии альвеолярных гребней, переломы и сколы различных видов съемных протезов, расцементировка при постоянной или временной фиксации коронок, появление запаха изо рта и образование налета на пластинчатых, бюгельных протезах при несоблюдении гигиены полости рта, возможное изменение плана протезирования, и как следствие стоимости работ при несостоятельности опорных зубов или при изменении пожелания пациента, изменение сроков протезирования, при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и психомиофункциональных расстройств может возникнуть затрудненная адаптация к протезам, нарушение функции речи, жевания, глотания, боли в ВНЧС и жевательных мышцах, при разнометальных протезах появление гальванических токов в полости рта, аллергические реакции на обезболивающие и лекарственные средства и иные медицинские препараты, металлы, пластмассы.

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 лечения нет полной гарантии предотвращения возможных рисков и осложнений при данном виде лечения;

12) во время и после лечения в целом, мое здоровье 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;

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

14) проведение лечения в любой момент может быть прекращено по моему желанию с разъяснением мне возможных последствий, в том числе вероятности развития осложнений заболевания (состояния); отказ от ортопедического лечения не влияет на возможность оказания медицинской помощи и не влечет отказа от дальнейшего медицинского обслуживания;

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

16) протезирование является биологической процедурой, поэтому в дальнейшем возможны повторные врачебные манипуляции;

17) продолжительность лечения и реабилитации не может быть определена точно и может изменяться от шести месяцев до двух лет; при протезировании на имплантатах срок ношения временных коронок оговаривается врачом ортопедом и указывается в медицинской карте, далее необходимо постоянное протезирование во избежание отторжения имплантатов.

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

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

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

21) в случае, если я без назначения или согласия врача, проводившего лечение, буду принимать какие-либо лекарственные средства и иные медицинские препараты (даже если они назначены другим врачом) или получу какое-либо лечение у другого врача (за исключением неотложных и экстренных ситуаций),

исполнитель освобождается от ответственности за ухудшение моего здоровья;

22) на некоторых этапах обследования, постановки диагноза, консультирования, лечения, реабилитационных и профилактических мероприятий может возникнуть необходимость в привлечении других врачей и иных специалистов со стороны третьих лиц;

23) рекомендации по уходу за протезами после лечения, профилактике заболеваний полости рта, гигиене полости рта и возможные последствия нарушения этих рекомендаций;

24) необходимость прохождения медицинского обследования, профилактических осмотров и процедур для контроля результатов лечения и состояния моего здоровья после лечения в соответствии с назначениями врача;

25) практическая стоматология не является точной наукой, поэтому невозможно заранее знать определенно результат лечения в целом, и не может быть дано полных гарантий относительно ожидаемых пациентом результатов лечения в целом;

3. Врач осмотрел мою полость рта и провел необходимые исследования состояния моего здоровья.

4. Я лично и непосредственно ознакомился с медицинскими документами, отражающими состояние моего здоровья, и получил консультации по ним у врача и других необходимых специалистов.

5. Вся изложенная врачом и содержащаяся в медицинских документах информация мне полностью понятна, я имел возможность задать любые вопросы, относящиеся к моему лечению, и на все вопросы получил доступные моему пониманию исчерпывающие ответы.

6. Я сообщил врачу полные и достоверные сведения о следующем:

1) состоянии моего физического и душевного здоровья;

2) имевшихся и имеющихся у меня аллергических и необычных реакциях организма на лекарственные средства и иные медицинские препараты, анестетики, пищу, укусы насекомых, пыль;

3) болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях и других состояниях, касающихся моего здоровья.

7. Я согласен:

1) на выбор способов и средств анестезии по усмотрению врача;

2) на любые изменения материалов, свойств, характеристик, дизайна, внешнего эстетичного вида, всех других видов лечения, рекомендаций по уходу за протезами и зубами до, во время и после лечения, если они будут сделаны для блага моего здоровья;

3) регулярно являться на прием к врачу в назначенное им время;

4) на рентгенологические исследования до и после лечения для достижения успешного лечения;

5) принимать лекарственные средства и иные медицинские препараты до, во время и после лечения в точном соответствии с назначениями врача;

6) строго выполнять все рекомендации врача по уходу за протезами, полостью рта, соблюдать гигиену полости рта;

7) сообщать врачу все нарушения приема назначенных мне лекарственных средств и иных медицинских препаратов или прекращении их приема, а также о невыполнении рекомендаций врача по уходу за протезами, полостью рта, профилактике заболеваний полости рта с указанием причин этого;

8) на медицинское обследование, профилактические осмотры и процедуры для контроля результатов лечения и состояния моего здоровья после лечения в соответствии с назначениями врача;

9) на привлечение других врачей и иных специалистов со стороны третьих лиц при возникновении необходимости в этом на некоторых этапах обследования, постановки диагноза, консультирования, лечения, реабилитационных и профилактических мероприятий;

10) сообщать врачу все изменения моего здоровья, делать это незамедлительно (в течение суток), если считаю, что изменения связаны с протезированием;

11) без назначения или согласия врача, проводившего протезирование, не проводить самостоятельно коррекцию протезов, не принимать никакие лекарственные средства и иные медицинские препараты (даже если они назначены другим врачом) и не получать никакого лечения у других врачей, если это невозможно (неотложные или экстренные ситуации), сообщить об этом врачу, проводившему лечение;

12) на использование моих рентгеновских снимков, фотографий, кино и видеосъемку для образовательных целей без указания моих фамилии, имени и отчества.

13) не предъявлять претензий в связи с недостатками лечения в случае, если по его окончании не будет достигнуто благоприятного для моего здоровья результата, в том числе: при возникновении болей и дискомфорта при жевании, рвотного рефлекса, боли в ВНЧС, жевательных мышцах и необходимости в дополнительном, повторном или альтернативном лечении.