

Заключение

1. Получив в доступной форме полную и достоверную информацию о недостатках, возможных отрицательных последствиях, рисках и осложнениях в ходе консервативного лечения кариеса, некариозных поражениях твердых тканей, эндодонтического 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 лечение кариеса, некариозных поражений твердых тканей, эндодонтическое 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 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 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 лечения кариеса, некариозного поражения твердых тканей, эндодонтического 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

ИНФОРМИРОВАННОЕ на терапевтическом

г. Владивосток

Я, _____
родившийся « ____ » _____ год
_____, про

имеющий паспорт гражданина Российской Федерации

_____, в соответствии с положениями Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правил оказания медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 07 февраля 2012 года № 101 «Об утверждении Правил оказания стоматологических услуг, оказываемых в амбулаторных условиях», информированное добровольное согласие на проведение некариозного поражения, эндодонтического вмешательства (под обезболиванием) (далее – «лечение»)

1. Я получил в доступной для меня форме информацию

1) состоянии моего здоровья, в том числе сведения о состоянии здоровья, о характере заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе заболевания, о необходимости медицинской помощи, лечения, связанных с ним, о характере, объеме, сроках проведения медицинского вмешательства, ожидаемых результатах, о возможных осложнениях, о принимаемых лекарственных препаратах и иных средствах, о возможных побочных эффектах, о гарантии (гарантийных сроках), показаниях и противопоказаниях к получению медицинских услуг;

2) месте нахождения, месте государственной регистрации, месте нахождения лицензий и сертификатов, перечне медицинских услуг, предоставляемых в месте оказания услуг, расчете стоимости оказанных услуг, о составе бригады специалистов исполнителя;

3) другую информацию, предусмотренную Гражданским кодексом Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 07 февраля 1992 года № 2124-1 «О защите прав потребителей», Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 05 июля 2010 года № 548 «Об утверждении Правил оказания платных медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями»;

2. Мне в доступной форме разъяснены врачом

1) суть, методы, средства, ход проведения, цель, возможные отрицательные последствия и осложнения, особенности проведения лечения зубов (лечение кариеса, некариозного поражения твердых тканей, эндодонтического лечения), которое состоит из препарирования твердых тканей зуба, пломбирования каналов, последующего пломбирования;

2) свойства, характеристики используемых пломбировочных материалов;

3) наличие у меня относительных и (или) абсолютных противопоказаний к лечению зубов либо отсутствие противопоказаний;

4) использование обезболивающих способов и средств, их недостатки, возможные побочные реакции при их применении;

5) рекомендации после лечения, в том числе по уходу за полостью рта;

6) возможность возникновения после лечения осложнений, которые не могут считаться недостатками лечения и свидетельствуют о естественном следствии индивидуального строения зубочелюстной системы;

7) суть, методы, средства, ход проведения, цель, возможные отрицательные последствия и осложнения, особенности проведения лечения зубов (лечение кариеса, некариозного поражения твердых тканей, эндодонтического лечения), которое состоит из препарирования твердых тканей зуба, пломбирования каналов, последующего пломбирования;

методов лечения, которые являются альтернативой консервативного лечения и дают возможность не прибегать к нему;

8) 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 лечения: 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 дальнейшего распространение воспалительного процесса; при лечении глубокого кариеса в ближайший период возможно развитие пульпита, что повлечет за собой увеличение стоимости лечения на депульпирование и пломбирование корневых каналов за счет средств пациента.

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 проведении консервативного лечения зуба, так как возможна разгерметизация соединения пломбы и тканей зуба из-за коррозионного воздействия ферментов жидкости полости рта и проникновения инфекции под пломбу и в периапикальные ткани;

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 лечения и 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 проведения 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) эндодонтическое 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 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 пломбами 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, но результат лечения в целом, и не может быть дан результативности лечения в целом;

26) в некоторых случаях эндодонтического лечения положительная динамика уменьшается в связи с неестественным телом, повышается риск перфораций, поломки, резистентности микрофлоры корневого канала, повторное хирургическое лечение (вмешательство);

27) необходимость обязательного восстановления становятся более хрупкими и возникает необходимость.

3. Врач осмотрел мою полость рта и провел не-

4. Я лично и непосредственно ознакомился с моим здоровьем, и получил консультации по ним у вр-

5. Вся изложенная врачом и содержащаяся в мо-

6. Я сообщил врачу полные и достоверные свед-

1) состоянии моего физического и душевного зд-
2) имевшихся и имеющихся у меня аллергическ-
средства и иные медицинские препараты, анестет-
3) болезнях крови, реакциях десны и кожи, кр-
здоровья.

7. Я согласен:

1) на выбор способов и средств анестезии по усм-
2) на любые изменения материалов, свойств, ха-
других видов лечения, рекомендаций по уходу за п-
будут сделаны для блага моего здоровья;
3) регулярно являться на прием к врачу в назна-
4) на рентгенологические исследования до, во в-

5) принимать лекарственные средства и иные

6) строго выполнять все рекомендации врача п-

7) сообщать врачу все нарушения приема назна-

8) на медицинское обследование, профилакти-

9) на привлечение других врачей и иных специа-

10) сообщать врачу все изменения моего здоро-

11) без назначения или согласия врача, провод-

12) на использование моих рентгеновских сним-

13) не предъявлять претензий в связи с недоста-

14) достигнуто благоприятного для моего здоровья ре-

15) исхода или отрицатель динамики при лечении пер-

16) ном или альтернативном лечении.