

Заключение

1. Получив в доступной форме полную и достоверную информацию о недостатках, возможных отрицательных последствиях, рисках и осложнениях в ходе операции удаление зуба, 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 хирургическое 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 удалению зуба 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 хирургическое лечение (удаление зуба)

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 хирургической операции по поводу удаления зуба, которая проводится с применением местной анестезии (под обезболиванием) (далее – «операция»).

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 удаления зуба.

2) свойства, характеристики используемых лекарственных препаратов и материалов;

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

4) использование обезболивающих способов и средств для облегчения боли, связанной с проведением операции, 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 операции 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, 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 операции удаления зуба и дают возможность не прибегать к ней;

8) если не прибегать к операции удаления зуба может возникнуть дальнейшее прогрессирование процесса: развитие инфекционных осложнений периостит, остеомиелит, флегмона и т.д., появление либо нарастание болевых ощущений, а также системные проявления заболеваний;

9) возможные отрицательные последствия, риски и осложнения во время и после лечения: основные риски при проведении операции попадание корня зуба в гайморовую пазуху, сообщение полости рта с полостью пазухи, гематома после инъекции анестетика, парестезия в области языка и нижней губы, подбородка, щек, зубов, контрактура жевательных мышц, боли при глотании, аллергические реакции на обезболивающие и лекарственные средства и иные медицинские препараты, в отдаленном периоде возможно боли в области инъекций в течение 3 недель, луночковые боли, альвеолит;

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 операции 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 проведения операции 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) удаление зуба является биологической процедурой и невозможно определить точно способность костной ткани к регенерации (восстановлению), поэтому в дальнейшем возможно новое оперативное вмешательство, направленное на пластическое замещение костного дефекта;

17) продолжительность лечения и реабилитации не может быть определена точно и может изменяться.

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

19) необходимость приема лекарственных средств и иных медицинских препаратов до, во время и после операции 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, оперативного лечения, реабилитационных и профилактических мероприятий может возникнуть необходимость в привлечении других врачей и иных специалистов со стороны третьих лиц;

23) рекомендации по уходу за лункой зуба 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 операции и 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 и лекарственных препаратов, всех других видов лечения, рекомендаций по уходу за полостью рта 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 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 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 проведенной операцией;

11) без назначения или согласия врача, проводившего операцию, 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 альвеолита, гайморита, флегмон и абсцессов, остеомиелита, отсутствии благоприятного исхода или отрицательной динамики после удаления зуба и необходимости в дополнительном, повторном или альтернативном лечении.