

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на медицинские вмешательства**

(первичное стоматологическое обследование с рентгенографией)

Я, _____
(Фамилия Имя Отчество, заполняется пациентом собственноручно)
действуя в своих интересах (в интересах _____)
(Фамилия Имя Отчество, лет – заполняется законным представителем)

подтверждаю, что медицинский работник ООО «Эстетика» предоставил мне в полном объеме и в доступной для меня форме информацию о нижеследующем.

Первичное клиническое обследование и рентгенографическое исследование проводятся для оценки состояния тканей и органов ротовой полости: слизистых оболочек, десен, зубов, включая корни зубов и окружающих тканей (периодонт, альвеолярная кость, пародонт), прикуса, состояния височно-нижнечелюстного сустава, а также других органов и тканей с целью установления диагноза, выявления противопоказаний и последующего формирования предварительного плана лечения в соответствии с договором возмездного оказания медицинских услуг.

Первичный осмотр включает в себя следующие виды медицинских вмешательств (медицинских манипуляций):

1) Опрос – сбор врачом сведений (анамнез) о жизни, наследственной отягощенности, о перенесенных заболеваниях, о хронических заболеваниях, проведенных обследованиях и операциях, о аллергических реакциях (лекарства, пищевые продукты, иное), диспансерном наблюдении, инвалидности и т.п. Скрытие или сообщение недостоверных сведений об указанных обстоятельствах и иных сведениях о здоровье по запросу врача может привести к неполному обследованию, постановке неправильного диагноза, формирования неоптимального плана лечения, что может потребовать в последующем проведения дополнительных диагностических вмешательств, консультаций специалистов, иных незапланированных вмешательств и, соответственно, к увеличению стоимости оказываемых услуг.

2) Осмотр – визуальная (зрительная) оценка, в том числе с помощью стоматологического зеркала и зонда, внешних поверхностей зубов, десен, слизистых оболочек ротовой полости и других элементов зубочелюстной системы.

3) Пальпация – исследование, которое врач проводит непосредственно руками, в том числе внутри ротовой полости, с целью определения подвижности зубов, выраженности болевой реакции, оценки состояния тканей слизистой, консистенции, флюктуации, размеров и границ очага воспаления и др.

4) Зондирование тканей зубов и десен, включая перкуссию (постукивание) – проводится тестирующим механическим воздействием на них с помощью стоматологического зонда с целью выявления патологических изменений зубов, включая кариес, определение глубины поражения зубной и около зубной ткани, наличия зубных отложений и др.

5) Исследование болевой чувствительности с использованием термических (тепло, холод) или химических раздражителей – позволяет выявить патологически измененные зубы для уточнения объема профилактических, диагностических и лечебных вмешательств.

Осмотр, пальпация, перкуссия, зондирование, оценка болевой чувствительности могут вызвать временный дискомфорт и неприятные ощущения, усиление слюноотделения, рвотный рефлекс, проявление или усиление болезненности, повышение болевой чувствительности, появление или усиление отечности в области патологически измененных тканей, кровоточивость десен, как правило, носящих временный характер. В далеко запущенных случаях кариеса (стадия пульпита, периодонтита) устранение подобных болезненных проявлений возможно только после проведения лечения, в том числе онтодонтического (удаление нервно-сосудистого комплекса в корневом канале зуба), в исключительных случаях, может потребоваться удаление зуба или иное хирургическое вмешательство по медицинским показаниям. В случае произвольных или непроизвольных движений пациента (сокращения мышц при сглатывании слюны, кашле, движениях языком, губами и т.п.) возможно возникновение незначительных преходящих повреждений поверхности слизистой полости рта, десны, кожно-губных складок используемым стоматологическим инструментом (зондом). Возможность возникновения указанных последствий является предварительно согласованным условием оказания медицинской услуги (медицинских вмешательств), а их возникновение – не свидетельствует о ненадлежащем оказании медицинского вмешательства.

В случае если болезненные ощущения сохраняются у пациента более суток или усиливаются, повышается температура, увеличивается отечность тканей в области проведенных манипуляций, пациент должен незамедлительно проконсультироваться с работником исполнителя, по указанному в договоре телефону, либо непосредственно обратиться в клинику исполнителя.

Для детального исследования состояния зубочелюстного аппарата в глубоко расположенных уровнях (корневого канала, околокорневых тканей кости верхней и нижней челюсти, десны, гайморовых пазух, височно-нижнечелюстного сустава и др.) необходимо рентгенологическое исследование (визиография или ...): прицельный снимок одного (или нескольких зубов) и/или панорамный снимок всех зубов верхней и нижней челюсти – ортопантограмма (ОПТГ). Альтернативным методом является КТ (компьютерная томография) или МРТ (магниторезонансная томография).

Уровень радиационного воздействия при указанных исследованиях составляет – _____, что по научным данным и медицинским стандартам является практически безопасным воздействием, не превышающим одну суточную дозу, получаемую в условиях естественного (природного) радиационного фона. Однако, в силу возможного неблагоприятного влияния суммационного эффекта рентгенологических воздействий превышающих установленную предельно допустимые дозы, пациент должен проинформировать лечащего врача и рентгенолога о ранее проведенных рентгенологических исследованиях, женщины должны сообщить о наличии беременности, предположительном сроке.

Для установления предварительного диагноза, уточнения наличия противопоказаний (абсолютных, относительных)

к стоматологическим вмешательствам и формирования предварительного плана лечения может потребоваться дополнительное обследование в других медицинских организациях и консультация иных медицинских специалистов.

Мне разъяснено, что пациент имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения. Однако, в случае отказа пациента от инструментального и рентгенологического исследования, или иного необходимого дополнительного обследования по рекомендации лечащего врача, установление точного диагноза и эффективное лечение существенно затрудняются или становятся невозможны. В случае получения отказа Пациента в осуществлении медицинских вмешательств Исполнитель вправе отказаться от исполнения договора в соответствии с условиями заключенного договора возмездного оказания медицинских услуг.

Предполагаемым результатом оказания медицинской услуги (описанного комплекса медицинских вмешательств), является установление предварительного диагноза и формирование предварительного плана профилактики, ортодонтического, стоматологического лечения и протезирования.

При этом, я понимаю, что организм является биологической системой неподконтрольной в 100 % случаев сознанию человека, поэтому невозможно гарантировать 100% точность и окончательность установленного диагноза. Я также понимаю, что в ряде случаев окончательный диагноз может быть установлен только непосредственно в ходе медицинского вмешательства (например, наличие пульпита может быть выявлено в ходе лечения кариеса), что в подобных случаях может потребовать проведения дополнительного обследования и изменения предварительного плана лечения, соответственно, и стоимости лечения.

Я имел (а) возможность задать вопросы врачу и получить ответы, в том числе в письменной форме:

_____ (заполняется собственноручно пациентом или законным представителем)

Настоящий документ мною прочитан, я понимаю, что он является неотъемлемой частью договора на оказание медицинских услуг и его подписание влечет правовые последствия.

На основании полученной от медицинского работника информации в полном объеме и в доступной для меня форме, достаточной для осознанного решения, **Я ДАЮ СВОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ** на проведение описанных выше медицинских вмешательств.

Мое информированное добровольное согласие распространяется на все последующие случаи проведения этих же самых диагностических медицинских вмешательств, если они будут необходимы при дальнейшем обследовании и лечении.

« ____ » _____ 20 ____ г. Пациент _____
(подпись пациента или законного представителя)

Подписание настоящего согласия не освобождает исполнителя от ответственности за ненадлежащее лечение

от ООО «Эстетика»

_____ / _____
(должность медицинского работника) Фамилия И.О. подпись

Оригинал настоящего информированного добровольного согласия хранится у Исполнителя в медицинской документации пациента.

Копию настоящего информированного согласия получил (по требованию пациента, законного представителя)

« ____ » _____ 20 ____ г. Пациент _____
(подпись пациента или законного представителя)