

**ИНФОРМИРОВАННОЕ
ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на медицинские вмешательства
(первичное стоматологическое обследование с рентгенографическим исследованием)**

Я, _____
(ФИО)

действуя в своих интересах (и в интересах _____) подтверждаю, что медицинский работник ООО «Стоматологическая клиника МАМОНТОВА А.А.» 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):

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 и иное), диспансерном наблюдении, инвалидности и т.п. Соккрытие 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.

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.

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.

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, наличие зубных отложений и др.

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 отека в области патологических изменений 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 эндодонтического (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 и непроизвольных движений пациента (сокращение мышц при сглатывании слюны, кашле, движениях языком, губами и т.п.) возможно возникновение незначительных проходящих 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: 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 (магнитно-резонансная томография). На исследования, в случае необходимости, Вас направит врач.

Уровень радиационного воздействия, 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 суммарного эффекта рентгенологических воздействий превышающих установленную предельно допустимую дозу, Пациент должен проинформировать лечащего врача, врача рентгенолога или рентгенлаборанта о ранее проведенных рентгенологических исследованиях, женщины должны сообщить о наличии беременности и о предполагаемом сроке.

Для установки предварительного диагноза, уточнения наличия противопоказаний (абсолютных, относительных) к стоматологическим вмешательствам и формирования предварительного плана лечения может потребоваться дополнительное обследование в других медицинских учреждениях и организациях и консультация иных медицинских специалистов.

Мне разъяснено, что Пациент имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать иного необходимого дополнительного обследования по рекомендации лечащего врача, в этом случае установление точного диагноза и эффективного лечения существенно затрудняется или становятся невозможными.

Мне разъяснено, что случае отказа от медицинского вмешательства возможно возникновение негативных последствий для здоровья, достижения предполагаемого результата и надлежащего исполнения договора. **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 лечения, 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 предварительно согласованного 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 полно 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 _____ Пациент _____

Подписание настоящего согласия не освобождает исполнителя от ответственности за ненадлежащее лечение

От ООО «Стоматологическая клиника МАМОНТОВА А.А.» _____

Оригинал настоящего информированного добровольного согласия хранится у Исполнителя в медицинской документации Пациента

Копию настоящего информированного согласия получил _____ / _____

(по требованию пациента или законного представителя)

« _____ » _____ 20 _____ Пациент _____

подпись пациента или законного представителя