ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

(родителей, законного представителя) на получение медицинской помощи в стоматологической клинике ООО «АКВАМАРИН СТ», имеющей Лицензию на осуществление медицинской деятельности №ЛО 77-01-021035 от 26.01.2021, выданную Департаментом Здравоохранения города Москвы.

 Согласие на предварительный осмотр и консультацию

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО полностью), действуя в интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г .рождения, добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологическую клинику ООО «АКВАМАРИН СТ», предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии /моего/ здоровья (здоровья моего подопечного) и соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, манипуляции и исследования, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния органов, диагностики и назначения предварительного плана лечения, для возможности врача согласовать этот план со мной. С прейскурантом ознакомлен.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_). «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

 Согласие на осуществление лечения (медицинского вмешательства)

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО полностью), действуя в интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

подтверждаю следующее:

 Я в доступной и понятной мне форме информирован/а/ врачом о результатах предварительного осмотра, получил/а/ сведения о результатах диагностического исследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, обоснование необходимости лечения, методах лечения, связанных с вмешательством рисках..

 Мне известно, что указанное заболевание имеет хроническую форму, и по оказании медицинской помощи может произойти улучшение состояния, но не может быть гарантировано полное выздоровление.

 Я информирован/а/ о предполагаемом плане лечения, существующих утверждённых методиках лечения, используемых лекарственных препаратах; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.

 Я осведомлен/а/, что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения назначенного первоначально лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также необходимость назначения дополнительных исследований и процедур, которые мне будет необходимо пройти в процессе лечения.

Все указанные изменения и дополнения будут назначаться мне заблаговременно и разъясняться.

 Я предупрежден/а/ о поведении в период амбулаторного лечения, мной получены и поняты рекомендации врача о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры и исследования. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого клиника не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и клинике.

 Мне разъяснено, кроме того, что лечебные процедуры могут быть прерваны врачом или отменены из-за их неадекватной плохой переносимости моим организмом, из-за недостаточной исходной подготовленности организма к этим процедурам или при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам врачом могут быть заменены лекарственные препараты.

 Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершённом лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к стоматологической клинике ООО «Аквамарин».

 Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны нештатные ситуации разного рода, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом /моему/ здоровью.

 Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен/а/ с тем, какие могут возникнуть осложнения:

 **при терапевтическом приёме и после него:**

- гематома после инъекции анестетика;

- постпломбировочные боли при надкусывании;

- появление отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка после терапевтического вмешательства;

- необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зубов;

- необходимость удаления зуба в случае неэффективности терапевтических методов;

- возникновение периодонтальных явлений, и изменение рентгенологической картины после пломбировки каналов с плохой проходимостью, или при наличии коллатеральных каналов;

- возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы при эндодонтическом лечении зубов;

- отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе;

- возможность изменения цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свёкла, вишня,…);

- возможность отлома эндодонтических инструментов в труднопроходимых каналах;

- при наличии желудочно-кишечных заболеваний возможно появление тёмной полосы между пломбой и тканями зуба.

- развитие осложненных форм кариеса (пульпит, периодонтит) после лечения глубокого кариеса;

 **в ходе хирургического вмешательства и после него:**

- гематома после инъекции анестетика;

- боли в месте инъекции до трёх недель;

- луночковые боли после удаления зуба, развитие альвеолита, связанное с особенностями развития воспалительного процесса, индивидуальными защитными функциями или особенностями организма, либо с выполаскиванием из лунки кровяного сгустка;

- кровотечение из лунки или разреза;

- парестезия в области языка, нижней губы;

- сообщение полости рта с гайморовой пазухой;

- гайморит;

- попадание корня зуба в гайморову пазуху;

- появление отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка при хирургическом вмешательстве в период обострения;

- контрактура жевательных мышц после удаления зуба, боли при глотании;

 **при пародонтологическом лечении и после него**:

- отёк, гиперемия, боли, зуд, повышение температуры;

- гематомы в области инъекций;

- индивидуальная непереносимость назначенных медикаментозных средств;

- повторный воспалительный процесс пародонта вследствие неудовлетворительного гигиенического ухода за полостью рта;

- увеличение подвижности зубов;

- непрогнозируемый переход процесса из локализованной формы в генерализованный

 **при ортопедическом приёме и после него:**

- отёки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен;

- появление натёртостей при съёмном протезировании;

- рвотный рефлекс;

- ухудшение эстетического эффекта протезирования из-за отказа удалять зубы;

- аллергическая реакция на материалы съёмных протезов;

- изменение дикции, вкусовых ощущений, а также характера слюноотделения;

- плохая фиксация пластинчатых съёмных протезов при выраженной атрофии альвеолярных гребней;

- переломы и сколы различных видов съёмных протезов;

- возможная необходимость перебазировки съёмного протеза из-за атрофии альвеолярного гребня после удаления зубов;

- асфиксия во время сна в случае неснятия полных съёмных пластинчатых протезов перед сном;

- травма слизистой оболочки рта;

- плохая фиксация и стабилизация протезов;

- сколы облицовки постоянных протезов из-за неправильного использования;

- расцементировка при постоянной или временной фиксации;

- возможное изменение плана протезирования и, как следствие, стоимости работ при несостоятельности опорных зубов или при изменении пожеланий пациента;

- появление запаха изо рта и образование налёта на пластинчатых, бюгельных и эластичных протезах из-за несоблюдения пациентом гигиены полости рта;

- изменение сроков протезирования.

 **другие виды осложнений:**

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу. Я знаю, что после введения анестезии нельзя в течение 24 часов управлять транспортными средствами и сложными механизмами, до окончания действия лекарственных препаратов и восстановления нормального состояния.

 Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично или с моих слов . Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

 Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

 Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и

понятно назначение данного документа. Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г.

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 \_г.