ООО «ХАЙ – ТЕК КЛИНИК»

Приложение № _____
к Медицинской карте пациента № _____от «_____»_____200_г.

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Правовые и медицинские основания введения информированного добровольного согласия отображены в ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказа Минздрава России № 1051н от 12.11.2021 г.

Концепция информированного добровольного согласия предполагает:
* *обеспечение для пациента свободы осознанного выбора врача и альтернативных методов оказания медицинских услуг, включая альтернативу нелечения (отказа от лечения);*
* *сообщение пациенту всей информации, касающейся его здоровья и предстоящего лечения, включая возможные неблагоприятные последствия и риски;*
* *вовлечение пациента в лечебное сотрудничество с медицинскими работниками.*

Детская стоматология

Пациент (ФИО)……...
Врач-стоматолог …….

Доктор поставил следующий диагноз:
……
……
……
и обосновал мне необходимость проведения эндодонтического (терапевтического) лечения. Допускается уточнение диагноза в процессе лечения. Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми. Мне разъяснен индивидуальный рекомендуемый план лечения (он является частью медицинской карты) в т.ч. проведение подготовительных мероприятий перед началом эндодонтического (терапевтического) лечения и самого лечения. Допускается коррекция рекомендуемого плана лечения, а также методов лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе реализации плана. Я даю разрешение на фотодокументацию – проводится цифровой фотокамерой с целью визуализации параметров челюстно-лицевой области (головы, шеи и полости рта)
Меня также ознакомили с возможными *альтернативными вариантами* лечения с их преимуществами и недостатками.

Возможные негативные последствия отказа от выполнения рекомендуемого плана лечения (местное обезболивание, лечение корневых каналов зуба) или частичного его выполнения могут быть (ненужное вычеркнуть):
* прогрессирование заболевания;
* развитие инфекционных осложнений;
* появление либо нарастание болевых ощущений;
* потеря зуба;
* нарушение общего состояния организма;
* ……

Возможные (в некоторых случаях) осложнения на этапах и после лечения могут быть:
* *под влиянием анестезии, а именно*: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции, обморок;
* *под влиянием приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно*: аллергические реакции; изменение витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
* *в процессе лечения*: дискомфорт, боль, отек десны и мягких тканей; кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; перфорация канала зуба; перфорация коронки или корня зуба; при лечении искривленных корневых каналов имеется высокий процент

поломки инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала.
* *после лечения*: инфекция, требующая дополнительного лечения; в случае недостижения положительного результата вследствие прогрессирования инфекционного процесса может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаление зуба; перфорация корневого канала, возникшая при распломбировке ранее леченого канала зуба или лечении патологически измененного канала, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению; преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта; развитие пульпита или периодонтита на фоне снижений общей резистентности организма; отлом коронки зуба; после пломбировочные боли.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Мне названы и со мной согласованы: *технологии (методы) и материалы, сроки проведения лечения (в медицинской карте клиента их содержание детализируется).*

Я предупрежден (а) о возможности дополнительных обследованиях, которые могут понадобиться для эффективного лечения: *получение ортопантомограммы, прицельного компьютерного снимка, консультация стоматолога (в) иного профиля, консультация у врача (ей) общего медицинского профиля,* …….
……..
.

При видео/фотосъемки для целей контроля качества МП (медицинской помощи) и иных целей.

Я разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) всем медицинским работникам и должностным лицам Клиники, причастным к данному случаю оказания мне медицинской помощи. Я разрешаю использовать мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) для проведения контроля качества оказания мне медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов. Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии моего здоровья в случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания.

Настоящим я даю согласие врачам и должностным лицам Клиники на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью врача/Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий имя мое/представляемого лица не будет упомянуто.

Я разрешаю /не разрешаю (нужное подчеркнуть) врачу опубликовать информацию о лечении меня/представляемого лица в научных и образовательных целях, интернет-ресурсках, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я задал (а) доктору все интересующие вопросы о сути и условиях лечения, внимательно ознакомился (ась) с информированным добровольным согласием.
Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Дата_____ Подпись Заказчика_____/_____/

Подпись пациента_____ /_____/

Подпись врача_____ /_____/

Hi-TECH CLINIC
Стоматологическая клиника

ООО «ХАЙ – ТЕК КЛИНИК»

Приложение № _____
к Медицинской карте пациента № _____от «_____»_____200_г.

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Правовые и медицинские основания введения информированного добровольного согласия отображены в ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказа Минздрава России № 1051н от 12.11.2021 г.

Концепция информированного добровольного согласия предполагает:
** обеспечение для пациента свободы осознанного выбора врача и альтернативных методов оказания медицинских услуг, включая альтернативу нелечения (отказа от лечения);*
** сообщение пациенту всей информации, касающейся его здоровья и предстоящего лечения, включая возможные неблагоприятные последствия и риски;*
** вовлечение пациента в лечебное сотрудничество с медицинскими работниками.*

Хирургическое лечение (операция имплантация).

Пациент (ФИО)……...
Врач-стоматолог (хирург)……....
Доктор поставил следующий диагноз:
……
……
…….
и обосновал мне необходимость проведения хирургического лечения (операция имплантация). Допускается уточнение диагноза в процессе лечения. Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми. Мне разъяснен индивидуальный рекомендуемый план лечения (он является частью медицинской карты) в т.ч. проведение подготовительных мероприятий перед началом хирургического вмешательства и самого лечения. Допускается коррекция рекомендуемого плана лечения, а также методов лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе реализации плана. Я даю разрешение на фотодокументацию – проводится цифровой фотокамерой с целью визуализации параметров челюстно-лицевой области (головы, шеи и полости рта). Используется для диагностики, планирования, оценки динамики и результата лечения, а также для коммуникации с зуботехнической лаборатории.

Возможные негативные последствия отказа от выполнения рекомендуемого плана лечения (местное обезболивание, операция на альвеолярных отростках, хирургическое лечение болезней пародонта,……..) или частичного его выполнения могут быть (ненужное вычеркнуть):
* прогрессирование заболевания;
* развитие инфекционных осложнений;
* появление либо нарастание болевых ощущений;
* нарушение общего состояния организма;
* прогрессирование заболеваний пародонта;
* заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава;
* заболевание кости
* атрофия костной ткани
* ……...

Возможные (в некоторых случаях) осложнения на этапах и после лечения могут быть:
* *под влиянием анестезии, а именно*: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции, обморок;
* *под влиянием приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно*: аллергические реакции; изменение витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
* *в процессе лечения*: дискомфорт (чувство давления при действии рук врача-имплантолога, ощущение хруста), боль, отек десны и мягких тканей; кровотечение, после чего для

выздоровления может потребоваться несколько дней; повреждение соседних зубов и пломб; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; повреждение нерва, приводящее к онемению или подергиванию губы, онемению подбородка, десен, зубов, языка в оперированном участке (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным); перелом челюсти; вывих или подвывих нижней челюсти; отлом части костной стенки лунки; разрыв десневого края; перфорация дна верхнечелюстной пазухи и полости носа; повреждение стенки нижнечелюстного канала и травма нижнелуночкового нерва; перфорация боковых или нижнего компактных слоев нижней челюсти; перелом стенки альвеолярного отростка; отсутствие первичной фиксации имплантата; перелом бора или направляющего сверла.

* *в процессе второго этапа операции:* выкручивание внутрикостного элемента вместе с заглушкой; проталкивание имплантата в верхнечелюстную пазуху; образование костной ткани над внутрикостным элементом.

* *после лечения*: кровотечение; инфекция, требующая дополнительного лечения; ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель; в месте операции могут появиться синяки; обострение герпеса; болеть горло и подняться температура; ноющая боль в челюстях, ушах, голове или шее; подвижность имплантатов в течении 2-3 недель после операции; расхождение швов; прогрессирующая резорбция окружающей имплантат костной ткани; отторжение имплантатов.

При этом я информирован о других способах лечения, их преимуществах и недостатках.

Мне объяснили, что в определенных случаях имплантаты не приживаются и требуют удаления.

Я также информирован, что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Мне названы и со мной согласованы: *технологии (методы) и материалы, сроки проведения лечения (в медицинской карте клиента их содержание детализируется).*

Я предупрежден (а) о возможности дополнительных обследованиях, которые могут понадобиться для эффективного лечения: *компьютерная томография, получение ортопантомограммы, прицельного компьютерного снимка, консультация стоматолога (в) иного профиля, консультация у врача (ей) общего медицинского профиля,*

……

…….

При видео/фотосъемки для целей контроля качества МП (медицинской помощи) и иных целей.

Я разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) всем медицинским работникам и должностным лицам Клиники, причастным к данному случаю оказания мне медицинской помощи. Я разрешаю использовать мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) для проведения контроля качества оказания мне медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов. Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии моего здоровья в случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания.

Настоящим я даю согласие врачам и должностным лицам Клиники на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью врача/Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий имя мое/представляемого лица не будет упомянуто.

Я разрешаю /не разрешаю (нужное подчеркнуть) врачу опубликовать информацию о лечении меня/представляемого лица в научных и образовательных целях, интернет-ресурсах, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я задал (а) доктору все интересующие вопросы о сути и условиях лечения, внимательно ознакомился (ась) с информированным добровольным согласием.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Hi-Tech CLINIC
Стоматологическая клиника

Дата_____ Подпись Заказчика_____/_____/

Подпись пациента_____ /_____/

Подпись врача_____ /_____/

Hi-TECH CLINIC

Стоматологическая клиника

ООО «ХАЙ – ТЕК КЛИНИК»

Приложение № _____
к Медицинской карте пациента № _____от «_____»_____20__г.

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Правовые и медицинские основания введения информированного добровольного согласия отображены в ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказа Минздрава России № 1051н от 12.11.2021 г.

Концепция информированного добровольного согласия предполагает:

** обеспечение для пациента свободы осознанного выбора врача и альтернативных методов оказания медицинских услуг, включая альтернативу нелечения (отказа от лечения);*

** сообщение пациенту всей информации, касающейся его здоровья и предстоящего лечения, включая возможные неблагоприятные последствия и риски;*

** вовлечение пациента в лечебное сотрудничество с медицинскими работниками.*

Комплекс обследований. Консультация.

Пациент (ФИО)……...

Врач-стоматолог …….

Информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается пациентом либо его законным представителем в целях проведения полноценного и качественного обследования и правильного выбора методов лечения.

В связи с этим врачу стоматологу может потребоваться провести:

Опрос, в том числе, выявление жалоб, сбор анамнеза. Опрос сопровождается занесением информации о пациенте в медицинскую карту с последующим подтверждением слов пациента своей подписью.

Осмотр, в том числе: а) пальпация (метод медицинского обследования, основанный на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони руки. С помощью пальпации определяют свойства тканей и органов: их положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, топографические соотношения, а также болезненность исследуемого органа); Пальпацию челюстно-лицевой области и смежных областей производят пальцами одной руки, а другой рукой удерживают голову в необходимом для этого положении. На стоматологическом приеме осуществляется пальпация челюстно-лицевой области (головы, шеи, мышц и мягкотканных образований полости рта), а также плечевого пояса и некоторых отделов позвоночника; б) перкуссия - в стоматологии проводится с помощью стоматологических инструментов при открытой полости рта, легко постукивая инструментом по различным участкам поверхностей зуба. Целью осмотра является оценка внешнего вида и симметричности лица, цвета и состояния кожных покровов, состояния лимфатических узлов, слизистой оболочки полости рта, определение числа зубов, их положения, цвета и состояния.

Рентгенологическое исследование в стоматологии – неинвазивный, высоко достоверный и быстрый метод визуализации зубочелюстной области (челюстно-лицевой области) и прилегающих структур, позволяющий в кратчайшие сроки получить информацию о текущей патологии, выявить скрытую патологию, спланировать и проконтролировать необходимое пациенту лечение. а) конусно-лучевая компьютерная томография (необходимо при комплексной стоматологической реабилитации, а также некоторых состояниях в терапии, хирургии, пародонтологии, ортопедии, ортодонтии); б) интраоральная рентгенография зубов; в) ортопантомография. Противопоказания: беременность; проведение рентгенологического обследования внутренних органов (желудка, кишечника и т.п.), позвоночника в течение одной недели до и после дентальной КТ; отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний – менее чем за 6 месяцев до настоящего времени; работа, связанная с использованием источников ионизирующего излучения).

Информация о лучевой нагрузке на пациента:
- лучевая нагрузка при выполнении ортопантомограммы, телерентгенограммы – 8-20 мкЗв (микрозиверт),
- компьютерной томограммы – 32мкЗв.,
- радиовизиографии - 0,2-0,9 мкЗв.

Максимальная лучевая нагрузка на пациента в год при профилактических исследованиях по данным Всемирной организации здравоохранения 1000 мкЗв в год. Верхний порог лучевой нагрузки при диагностических исследованиях, в том числе и для детей, не установлен.

Инструментальное обследование (один из самых главных методов диагностики, проводится с использованием стоматологического зеркала, специальных зондов, позволяет оценить состояние каждого зуба, состояние эмали, наличие кариозных полостей и некариозных поражений, состояние пародонта).

Специальные методы диагностики стоматологических состояний и заболеваний: а) термоодонтодиагностика (метод оценки состояния возбудимости чувствительных нервов зуба с помощью температурных раздражителей); б) создание диагностических моделей челюстей пациента (необходимы для постановки диагноза и для контроля лечения, то есть, оценки начального состояния, после препарирования, после наложения и фиксации протезов) и другие методы.

Фотографирование (фотодокументация) - проводится цифровой фотокамерой с целью визуализации параметров челюстно-лицевой области (головы, шеи и полости рта). Используется для диагностики, планирования, оценки динамики и результата лечения, а также для коммуникации с зуботехнической лаборатории, для достижения эстетических результатов лечения исходя из требований пациента. Необходимость фотодокументирования определяется каждым специалистом применительно к каждому конкретному случаю.

При видео/фотосъемки для целей контроля качества МП (медицинской помощи) и иных целей.

Я разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) всем медицинским работникам и должностным лицам Клиники, причастным к данному случаю оказания мне медицинской помощи. Я разрешаю использовать мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) для проведения контроля качества оказания мне медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов. Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии моего здоровья в случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания.

Настоящим я даю согласие врачам и должностным лицам Клиники на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью врача/Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий имя мое/представляемого лица не будет упомянуто.

Я разрешаю /не разрешаю (нужное подчеркнуть) врачу опубликовать информацию о лечении меня/представляемого лица в научных и образовательных целях, интернет-ресурсках, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

За исключением опроса, проводимого на любом приеме любого специалиста, все остальные перечисленные методы диагностики применяются при наличии соответствующих показаний и при правильном их применении:

а. Исключают внесение во внутреннюю среду организма болезнетворных вирусов и бактерий, чужеродных веществ;

б. Не сопровождаются рисками для здоровья.

Я задал (а) доктору все интересующие вопросы о сути и условиях консультации, внимательно ознакомился (ась) с информированным добровольным согласием.
Я принимаю решение приступить к консультации на предложенных условиях.

Hi-TECH CLINIC
Стоматологическая клиника

Дата_____ Подпись Заказчика_____/_____/

Подпись пациента_____ /_____/

Подпись врача_____ /_____/

Hi-TECH CLINIC

Стоматологическая клиника

ООО «ХАЙ – ТЕК КЛИНИК»

Приложение № _____
к Медицинской карте пациента № _____от «_____»_____200_г.

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Правовые и медицинские основания введения информированного добровольного согласия отображены в ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказа Минздрава России № 1051н от 12.11.2021 г.

Концепция информированного добровольного согласия предполагает:
** обеспечение для пациента свободы осознанного выбора врача и альтернативных методов оказания медицинских услуг, включая альтернативу нелечения (отказа от лечения);*
** сообщение пациенту всей информации, касающейся его здоровья и предстоящего лечения, включая возможные неблагоприятные последствия и риски;*
** вовлечение пациента в лечебное сотрудничество с медицинскими работниками.*

Ортодонтическое лечение

Пациент (ФИО).
……...
Врач-стоматолог …….
Доктор поставил следующий диагноз:
……
……
……
и обосновал мне необходимость проведения ортодонтического лечения. Допускается уточнение диагноза в процессе лечения. Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми. Мне разъяснен индивидуальный рекомендуемый план лечения (он является частью медицинской карты) в т.ч. проведение подготовительных мероприятий перед началом лечения и самого процесса лечения. Допускается коррекция рекомендуемого плана лечения, а также методов лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе реализации плана. Я даю разрешение на фотодокументацию – проводится цифровой фотокамерой с целью визуализации параметров челюстно-лицевой области (головы,шеи и полости рта). Используется для диагностики , планирования, оценки динамики и результата лечения, а также для коммуникации с зуботехнической лаборатории.

Меня также ознакомили с возможными *альтернативными вариантами* ортодонтического лечения с их преимуществами и недостатками.

Возможные негативные последствия отказа от выполнения рекомендуемого плана лечения или частичного его выполнения могут быть (ненужное вычеркнуть):
* очаговая деминерализация тканей зуба;
* откол эмали;
* травматический периодонтит;
* вывих зуба
* гингивит
* травмы и гиперпластические изменения слизистой оболочки
* контактная аллергия
* резорбция корней зубов и костной ткани;
* дисфункция височно-нижне челюстного сустава
* рецидив аномалии и т.д.
* ……

Hi-TECH CLINIC
Стоматологическая клиника

Возможные (в некоторых случаях) осложнения на этапах и после лечения могут быть:
* *в процессе лечения*: дискомфорт, боль, отек десны и мягких тканей; кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; повреждение соседних зубов и пломб.
* *после лечения*: временное нарушение функции речи; дискомфорт; отек десны и мягких тканей.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.
Мне названы и со мной согласованы: *технологии (методы) и материалы, сроки проведения лечения (в медицинской карте клиента их содержание детализируется).*
Я предупрежден (а) о возможности дополнительных обследованиях, которые могут понадобиться для эффективного лечения: *получение ортопантомограммы, прицельного компьютерного снимка, консультация стоматолога (в) иного профиля, консультация у врача (ей) общего медицинского профиля, ……..……*
…….
При видео/фотосъемки для целей контроля качества МП (медицинской помощи) и иных целей.
Я разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) всем медицинским работникам и должностным лицам Клиники, причастным к данному случаю оказания мне медицинской помощи. Я разрешаю использовать мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) для проведения контроля качества оказания мне медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов. Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии моего здоровья в случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания.
Настоящим я даю согласие врачам и должностным лицам Клиники на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью врача/Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий имя мое/представляемого лица не будет упомянуто.
Я разрешаю /не разрешаю (нужное подчеркнуть) врачу опубликовать информацию о лечении меня/представляемого лица в научных и образовательных целях, интернет-ресурсах, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я предупрежден (а) в некоторых случаях для успешного лечения необходимы хирургические вмешательства.
Я задал (а) доктору все интересующие вопросы о сути и условиях лечения, внимательно ознакомился (ась) с информированным добровольным согласием.
Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Дата_____ Подпись Заказчика_____/_____/

Подпись пациента_____ /_____/

Подпись врача_____ /_____/

Hi-TECH CLINIC
Стоматологическая клиника

ООО «ХАЙ – ТЕК КЛИНИК»

Приложение № _____
к Медицинской карте пациента № _____от «_____»_____200_г.

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Правовые и медицинские основания введения информированного добровольного согласия отображены в ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказа Минздрава России № 1051н от 12.11.2021 г.

Концепция информированного добровольного согласия предполагает:
** обеспечение для пациента свободы осознанного выбора врача и альтернативных методов оказания медицинских услуг, включая альтернативу нелечения (отказа от лечения);*
** сообщение пациенту всей информации, касающейся его здоровья и предстоящего лечения, включая возможные неблагоприятные последствия и риски;*
** вовлечение пациента в лечебное сотрудничество с медицинскими работниками.*

Ортопедическое лечение.

Пациент (ФИО)……...
Врач-стоматолог ……..…….

Доктор поставил следующий диагноз:
……
……
……
и обосновал мне необходимость проведения ортопедического лечения. Допускается уточнение диагноза в процессе лечения. Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми. Мне разъяснен индивидуальный рекомендуемый план лечения (он является частью медицинской карты) в т.ч. проведение подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования. Допускается коррекция рекомендуемого плана лечения, а также методов лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе реализации плана. Я даю разрешение на фотодокументацию – проводится цифровой фотокамерой с целью визуализации параметров челюстно-лицевой области (головы,шеи и полости рта). Используется для диагностики , планирования, оценки динамики и результата лечения, а также для коммуникации с зуботехнической лаборатории.

Меня также ознакомили с возможными *альтернативными вариантами* протезирования с их преимуществами и недостатками.

Возможные негативные последствия отказа от выполнения рекомендуемого плана лечения (протезирования, изготовление коронки) или частичного его выполнения могут быть (ненужное вычеркнуть):
* перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодотического лечения;
* прогрессирование зубоальвеолярных деформаций;
* дальнейшее снижение эффективности жевания
* ухудшение эстетики;
* нарушение функции речи:
* прогрессирование заболеваний пародонта;
* быстрая утрата зубовостаточного прикуса;
* заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава;
* общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, невропатология;
* потеря зуба;
* ……

Возможные (в некоторых случаях) осложнения на этапах и после лечения могут быть:

* *под влиянием анестезии, а именно*: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции, обморок;
* *под влиянием приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно*: аллергические реакции; изменение витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
* *в процессе лечения*: дискомфорт, боль, отек десны и мягких тканей; кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; повреждение соседних зубов и пломб.
* *после лечения*: временное нарушение: функции речи; эффективности пережевывания пищи, отек десны и мягких тканей.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.
Мне названы и со мной согласованы: *технологи (методы) и материалы, сроки проведения лечения (в медицинской карте клиента их содержание детализируется).*
Меня также предупредили, что при выявлении скрытых технологических дефектов увеличиваются сроки изготовления протеза.
Я предупрежден (а) о возможности дополнительных обследованиях, которые могут понадобиться для эффективного лечения: *получение ортопантомограммы, прицельного компьютерного снимка, консультация стоматолога (в) иного профиля, консультация у врача (ей) общего медицинского профиля,* ……
…….
При видео/фотосъемки для целей контроля качества МП (медицинской помощи) и иных целей.
Я разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) всем медицинским работникам и должностным лицам Клиники, причастным к данному случаю оказания мне медицинской помощи. Я разрешаю использовать мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) для проведения контроля качества оказания мне медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов. Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии моего здоровья в случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания.
Настоящим я даю согласие врачам и должностным лицам Клиники на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью врача/Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий имя мое/представляемого лица не будет упомянуто.
Я разрешаю /не разрешаю (нужное подчеркнуть) врачу опубликовать информацию о лечении меня/представляемого лица в научных и образовательных целях, интернет-ресурсах, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я задал (а) доктору все интересующие вопросы о сути и условиях лечения, внимательно ознакомился (ась) с информированным добровольным согласием.
Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Дата_____ Подпись Заказчика_____/_____/

Подпись пациента_____ /_____/

Подпись врача_____ /_____/

Hi-TECH CLINIC
Стоматологическая клиника

ООО «ХАЙ – ТЕК КЛИНИК»

Приложение № _____
к Медицинской карте пациента № _____от «_____»_____200_г.

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Правовые и медицинские основания введения информированного добровольного согласия отображены в ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказа Минздрава России № 1051н от 12.11.2021 г.

Концепция информированного добровольного согласия предполагает:
* *обеспечение для пациента свободы осознанного выбора врача и альтернативных методов оказания медицинских услуг, включая альтернативу нелечения (отказа от лечения);*
* *сообщение пациенту всей информации, касающейся его здоровья и предстоящего лечения, включая возможные неблагоприятные последствия и риски;*
* *вовлечение пациента в лечебное сотрудничество с медицинскими работниками.*

Отбеливание зубов

Пациент (ФИО)……...
Врач-стоматолог ……..…….

Доктор поставил следующий диагноз:
……
……
……
и обосновал мне необходимость проведения процедуры клинического отбеливания зубов. Допускается уточнение диагноза в процессе лечения. Мне разъяснен индивидуальный рекомендуемый план лечения (он является частью медицинской карты) в т.ч. проведение подготовительных мероприятий перед началом клинического отбеливания зубов и самого отбеливания. Допускается коррекция рекомендуемого плана лечения, а также методов отбеливания в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе реализации плана. Я даю разрешение на фотодокументацию – проводится цифровой фотокамерой с целью визуализации параметров челюстно-лицевой области (головы,шеи и полости рта). Используется для диагностики , планирования, оценки динамики и результата лечения, а также для коммуникации с зуботехнической лаборатории.

Меня также ознакомили с возможными *альтернативными вариантами* клинического отбеливания зубов с их преимуществами и недостатками.

Возможные негативные последствия отказа от выполнения рекомендуемого плана лечения или частичного его выполнения могут быть:
* незначительное изменение белизны зубов;
* может потребоваться повторное клиническое отбеливание зубов;
* ……

Возможные (в некоторых случаях) осложнения на этапах и после отбеливания могут быть:

* *в процессе лечения*: дискомфорт, раздражение десен, поражение зубного нерва, растворение корня зуба;
* *после лечения*: повышенная чувствительность зубов (обычно проходит в течение 1-2 дней), временное воспаление десен, чувство жжения на деснах, раздражение горла, возможно со временем появится постепенное ухудшение оттенка (для предотвращения этого, возможно периодически придется поддерживать белизну домашним набором отбеливания с каппами), возможна замена любых реставраций (пломб и т. д.) на зубах, чтобы они соответствовали новому цвету зубов.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Мне названы и со мной согласованы: *технологии (методы) и материалы, сроки проведения отбеливания (в медицинской карте клиента их содержание детализируется).*
Я предупрежден (а) о возможности дополнительных обследованиях, которые могут понадобиться для эффективного отбеливания: *консультация стоматолога (в) иного профиля, консультация у врача (ей) общего медицинского профиля,* ……
……..
При видео/фотосъемки для целей контроля качества МП (медицинской помощи) и иных целей.
Я разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) всем медицинским работникам и должностным лицам Клиники, причастным к данному случаю оказания мне медицинской помощи. Я разрешаю использовать мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) для проведения контроля качества оказания мне медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов. Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии моего здоровья в случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания.
Настоящим я даю согласие врачам и должностным лицам Клиники на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью врача/Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий имя мое/представляемого лица не будет упомянуто.
Я разрешаю /не разрешаю (нужное подчеркнуть) врачу опубликовать информацию о лечении меня/представляемого лица в научных и образовательных целях, интернет-ресурсах, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я задал (а) доктору все интересующие вопросы о сути и условиях отбеливания, внимательно ознакомился (ась) с информированным добровольным согласием.
Я принимаю решение приступить к клиническому отбеливанию зубов на предложенных условиях.

Дата_____ Подпись Заказчика_____/_____/

Подпись пациента_____ /_____/

Подпись врача_____ /_____/

Hi-TECH CLINIC
Стоматологическая клиника

ООО «ХАЙ – ТЕК КЛИНИК»

Приложение № _____
к Медицинской карте пациента № _____от «_____»_____200_г.

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Правовые и медицинские основания введения информированного добровольного согласия отображены в ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказа Минздрава России № 1051н от 12.11.2021 г.

Концепция информированного добровольного согласия предполагает:
* *обеспечение для пациента свободы осознанного выбора врача и альтернативных методов оказания медицинских услуг, включая альтернативу нелечения (отказа от лечения);*
* *сообщение пациенту всей информации, касающейся его здоровья и предстоящего лечения, включая возможные неблагоприятные последствия и риски;*
* *вовлечение пациента в лечебное сотрудничество с медицинскими работниками.*

Пародонтологическое лечение.

Пациент (ФИО)…….....……...
Врач-стоматолог …….….

Доктор поставил следующий диагноз:
……
……
…….……
и обосновал мне необходимость проведения пародонтического лечения. Допускается уточнение диагноза в процессе лечения. Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми. Мне разъяснен индивидуальный рекомендуемый план лечения (он является частью медицинской карты) в т.ч. проведение подготовительных мероприятий перед началом медицинского вмешательства и самого лечения. Допускается коррекция рекомендуемого плана лечения, а также методов лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе реализации плана. Я даю разрешение на фотодокументацию – проводится цифровой фотокамерой с целью визуализации параметров челюстно-лицевой области (головы,шеи и полости рта). Используется для диагностики , планирования, оценки динамики и результата лечения, а также для коммуникации с зуботехнической лаборатории.

Меня также ознакомили с возможными *альтернативными вариантами* пародонтического лечения с их преимуществами и недостатками.

Возможные негативные последствия отказа от выполнения рекомендуемого плана лечения (местное обезболивание, лечение заболеваний пародонта, хирургическое лечение болезней пародонта) или частичного его выполнения могут быть (ненужное вычеркнуть):
* развитие инфекционных осложнений;
* появление либо нарастание болевых ощущений;
* потеря зуба;
* нарушение общего состояния организма;
* прогрессирование заболеваний пародонта;

Возможные (в некоторых случаях) осложнения на этапах и после лечения могут быть:
* *под влиянием анестезии, а именно*: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции, обморок;
* *под влиянием приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно*: аллергические реакции; изменение витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
* *в процессе лечения*: дискомфорт; болезненность; отек десны и мягких тканей; кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней и более;

* *после лечения*: инфекция, требующая дополнительного лечения; обострения заболевания, требующие дополнительного профилактического лечения; ощущение дискомфорта; болезненности; возникновение реактивного отека; воспаления послеоперационного периода; ретракции десны (оголение шеек корней зубов); повышенная чувствительность шеек зубов.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.
Мне названы и со мной согласованы: *технологии (методы) и материалы, сроки проведения лечения (в медицинской карте клиента их содержание детализируется).*
Я предупрежден (а) о возможности дополнительных обследованиях, которые могут понадобиться для эффективного лечения: *получение ортопантомограммы, прицельного компьютерного снимка, консультация стоматолога (в) иного профиля, консультация у врача (ей) общего медицинского профиля,* ……
……
При видео/фотосъемки для целей контроля качества МП (медицинской помощи) и иных целей.
Я разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) всем медицинским работникам и должностным лицам Клиники, причастным к данному случаю оказания мне медицинской помощи. Я разрешаю использовать мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) для проведения контроля качества оказания мне медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов. Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии моего здоровья в случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания.
Настоящим я даю согласие врачам и должностным лицам Клиники на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью врача/Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий имя мое/представляемого лица не будет упомянуто.
Я разрешаю /не разрешаю (нужное подчеркнуть) врачу опубликовать информацию о лечении меня/представляемого лица в научных и образовательных целях, интернет-ресурсах, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я задал (а) доктору все интересующие вопросы о сути и условиях лечения, внимательно ознакомился (ась) с информированным добровольным согласием.
Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Дата_____ Подпись Заказчика_____/_____/

Подпись пациента_____ /_____/

Подпись врача_____ /_____/

Hi-TECH CLINIC
Стоматологическая клиника

ООО «ХАЙ – ТЕК КЛИНИК»

Приложение № _____
к Медицинской карте пациента № _____от «_____»_____20__г.

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Правовые и медицинские основания введения информированного добровольного согласия отображены в ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказа Минздрава России № 1051н от 12.11.2021 г.

Концепция информированного добровольного согласия предполагает:

** обеспечение для пациента свободы осознанного выбора врача и альтернативных методов оказания медицинских услуг, включая альтернативу не лечения (отказа от лечения);*

** сообщение пациенту всей информации, касающейся его здоровья и предстоящего лечения, включая возможные неблагоприятные последствия и риски;*

** вовлечение пациента в лечебное сотрудничество с медицинскими работниками.*

Рентгенологическое исследование

Пациент (ФИО)……..……...
Рентген-лаборант……..…….

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.
Я ознакомлен (а) с техническими особенностями процедуры рентгенологического обследования и даю свое согласие на ее проведение.
Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути данного обследования:

1. Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям и в соответствии с разработанным планом обследования и лечения.
2. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.
3. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований врач-стоматолог не сможет поставить верный диагноз, проверить качество проведенного лечения.
4. При получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.).
5. Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:

а. беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям);
б. отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний - менее чем за шесть месяцев до настоящего времени);
в. выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений).

Я обязуюсь известить лечащего врача, а также рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний до проведения рентгенологического обследования.
Информация о лучевой нагрузки на пациента: лучевая нагрузка при выполнении ортопантомограммы, телерентгенограммы- 8-20 мкЗв (микрозиверт), компьютерной томограммы – 32 мкЗв, радиовозиографии 0,2-0,9 мкЗв. Максимальная лучевая нагрузка на пациента в год при

профилактических исследованиях по данным Всемирной организации здравоохранения 1000 мкЗв в год. Верхний порог лучевой нагрузки при диагностических исследованиях , в том числе и для детей, не установлен.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования:

* Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры (дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф), которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.

* Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты.

При видео/фотосъемки для целей контроля качества МП (медицинской помощи) и иных целей.

Я разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) всем медицинским работникам и должностным лицам Клиники, причастным к данному случаю оказания мне медицинской помощи. Я разрешаю использовать мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) для проведения контроля качества оказания мне медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов. Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии моего здоровья в случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания.

Настоящим я даю согласие врачам и должностным лицам Клиники на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью врача/Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий имя мое/представляемого лица не будет упомянуто.

Я разрешаю /не разрешаю (нужное подчеркнуть) врачу опубликовать информацию о лечении меня/представляемого лица в научных и образовательных целях, интернет-ресурсах, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я задал (а) рентген-лаборанту все интересующие вопросы о сути и условиях исследования, внимательно ознакомился (ась) с информированным добровольным согласием.

Я принимаю решение приступить к рентгенологическому исследованию на предложенных условиях.

Дата_____ Подпись Заказчика_____/_____/

Подпись пациента_____ /_____/

Подпись врача_____ /_____/

Hi-TECH CLINIC
Стоматологическая клиника

ООО «ХАЙ – ТЕК КЛИНИК»

Приложение № _____
к Медицинской карте пациента № _____от «_____»_____20__г.

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Правовые и медицинские основания введения информированного добровольного согласия отображены в ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказа Минздрава России № 1051н от 12.11.2021 г.

Концепция информированного добровольного согласия предполагает:
* *обеспечение для пациента свободы осознанного выбора врача и альтернативных методов оказания медицинских услуг, включая альтернативу не лечения (отказа от лечения);*
* *сообщение пациенту всей информации, касающейся его здоровья и предстоящего лечения, включая возможные неблагоприятные последствия и риски;*
* *вовлечение пациента в лечебное сотрудничество с медицинскими работниками.*

Терапевтическое лечение (лечение кариеса, эндодонтия, профилактика)
Пациент (ФИО)……..……...
Врач-стоматолог ……..…….

Доктор поставил следующий диагноз:
……
……
……
и обосновал мне необходимость проведения эндодонтического (терапевтического) лечения. Допускается уточнение диагноза в процессе лечения. Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми. Мне разъяснен индивидуальный рекомендуемый план лечения (он является частью медицинской карты) в т.ч. проведение подготовительных мероприятий перед началом терапевтического лечения и самого лечения. Допускается коррекция рекомендуемого плана лечения, а также методов лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе реализации плана. Я даю разрешение на фотодокументацию – проводится цифровой фотокамерой с целью визуализации параметров челюстно-лицевой области (головы, шеи и полости рта). Используется для диагностики , планирования, оценки динамики и результата лечения, а также для коммуникации с зуботехнической лаборатории. Меня также ознакомили с возможными *альтернативными вариантами* лечения с их преимуществами и недостатками.

Возможные негативные последствия отказа от выполнения рекомендуемого плана лечения (местное обезболивание, лечение корневых каналов зуба) или частичного его выполнения могут быть (ненужное вычеркнуть):
* прогрессирование заболевания;
* развитие инфекционных осложнений;
* появление либо нарастание болевых ощущений;
* потеря зуба;
* нарушение общего состояния организма;
* ……

Возможные (в некоторых случаях) осложнения на этапах и после лечения могут быть:
* *под влиянием анестезии, а именно*: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции, обморок;
* *под влиянием приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно*: аллергические реакции; изменение витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;

* *в процессе лечения*: дискомфорт, боль, отек десны и мягких тканей; кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; перфорация канала зуба; перфорация коронки или корня зуба; при лечении искривленных корневых каналов имеется высокий процент поломки инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала.
*дискомфорт, повышенная чувствительность зубов, к химическим и термическим раздражителям;
*во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или Air-flow высока вероятность выпадения пломб снарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов;
* *после лечения*: инфекция, требующая дополнительного лечения; в случае недостижения положительного результата вследствие прогрессирования инфекционного процесса может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаление зуба; перфорация корневого канала, возникшая при распломбировке ранее леченого канала зуба или лечении патологически измененного канала, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению; преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта; развитие пульпита или периодонтита на фоне снижений общей резистентности организма; отлом коронки зуба; после пломбировочные боли; длительное изменение цвета эмали зуба и дентина.
Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.
Мне названы и со мной согласованы: *технологии (методы) и материалы, сроки проведения лечения (в медицинской карте клиента их содержание детализируется).*
Я предупрежден (а) о возможности дополнительных обследованиях, которые могут понадобиться для эффективного лечения: *получение ортопантомограммы, прицельного компьютерного снимка, консультация стоматолога (в) иного профиля, консультация у врача (ей) общего медицинского профиля,* ……
……
При видео/фотосъемки для целей контроля качества МП (медицинской помощи) и иных целей.
Я разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) всем медицинским работникам и должностным лицам Клиники, причастным к данному случаю оказания мне медицинской помощи. Я разрешаю использовать мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) для проведения контроля качества оказания мне медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов. Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии моего здоровья в случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания.
Настоящим я даю согласие врачам и должностным лицам Клиники на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью врача/Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий имя мое/представляемого лица не будет упомянуто.
Я разрешаю /не разрешаю (нужное подчеркнуть) врачу опубликовать информацию о лечении меня/представляемого лица в научных и образовательных целях, интернет-ресурсах, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я задал (а) доктору все интересующие вопросы о сути и условиях лечения, внимательно ознакомился (ась) с информированным добровольным согласием.
Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Дата_____ Подпись Заказчика_____/_____/

Подпись пациента_____ /_____/

Подпись врача_____ /_____/

Hi-TECH CLINIC
Стоматологическая клиника

ООО «ХАЙ – ТЕК КЛИНИК»

Приложение № _____
к Медицинской карте пациента № _____от «_____»_____200_г.

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Правовые и медицинские основания введения информированного добровольного согласия отображены в ст.20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказа Минздрава России № 1051н от 12.11.2021 г.

Концепция информированного добровольного согласия предполагает:
** обеспечение для пациента свободы осознанного выбора врача и альтернативных методов оказания медицинских услуг, включая альтернативу нелечения (отказа от лечения);*
** сообщение пациенту всей информации, касающейся его здоровья и предстоящего лечения, включая возможные неблагоприятные последствия и риски;*
** вовлечение пациента в лечебное сотрудничество с медицинскими работниками.*

Хирургическое лечение.

Пациент (ФИО)……...……..……...
Врач-стоматолог ……...…….
Доктор поставил следующий диагноз:
……
……
……..……
и обосновал мне необходимость проведения хирургического лечения. Допускается уточнение диагноза в процессе лечения. Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми. Мне разъяснен индивидуальный рекомендуемый план лечения (он является частью медицинской карты) в т.ч. проведение подготовительных мероприятий перед началом хирургического вмешательства и самого лечения. Допускается коррекция рекомендуемого плана лечения, а также методов лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе реализации плана. Я даю разрешение на фотодокументацию – проводится цифровой фотокамерой с целью визуализации параметров челюстно-лицевой области (головы,шеи и полости рта). Используется для диагностики , планирования, оценки динамики и результата лечения, а также для коммуникации с зуботехнической лаборатории.

Возможные негативные последствия отказа от выполнения рекомендуемого плана лечения (местное обезболивание, операция на альвеолярных отростках, хирургическое лечение болезней пародонта,……..) или частичного его выполнения могут быть (ненужное вычеркнуть):
* прогрессирование заболевания;
* развитие инфекционных осложнений;
* появление либо нарастание болевых ощущений;
* потеря зуба;
* нарушение общего состояния организма;
* прогрессирование заболеваний пародонта;
* заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава;
* ……

Возможные (в некоторых случаях) осложнения на этапах и после лечения могут быть:
* *под влиянием анестезии, а именно*: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции, обморок;
* *под влиянием приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно*: аллергические реакции; изменение витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;

* *в процессе лечения*: дискомфорт (чувство давления при действии рук хирурга, ощущение хруста), боль, отек десны и мягких тканей; кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; повреждение соседних зубов и пломб; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; повреждение нерва, приводящее к онемению или подергиванию губы, онемению подбородка, десен, зубов, языка в оперированном участке (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным); перелом челюсти; открытие гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции; вывих или подвывих нижней челюсти; отлом части костной стенки лунки, разрыв десневого края в области удаляемого зуба.
* *после лечения*: инфекция, требующая дополнительного лечения; ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель; оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти, чтобы не проводить обширную операцию.

При этом я информирован о других способах лечения, их преимуществах и недостатках.

Я также информирован, что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Мне названы и со мной согласованы: *технологии (методы) и материалы, сроки проведения лечения (в медицинской карте клиента их содержание детализируется).*

Я предупрежден (а) о возможности дополнительных обследованиях, которые могут понадобиться для эффективного лечения: *получение ортопантомограммы, прицельного компьютерного снимка, консультация стоматолога (в) иного профиля, консультация у врача (ей) общего медицинского профиля,*……
……..
…….

При видео/фотосъемки для целей контроля качества МП (медицинской помощи) и иных целей.

Я разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) всем медицинским работникам и должностным лицам Клиники, причастным к данному случаю оказания мне медицинской помощи. Я разрешаю использовать мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) для проведения контроля качества оказания мне медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов. Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии моего здоровья в случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания.

Настоящим я даю согласие врачам и должностным лицам Клиники на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью врача/Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий имя мое/представляемого лица не будет упомянуто.

Я разрешаю /не разрешаю (нужное подчеркнуть) врачу опубликовать информацию о лечении меня/представляемого лица в научных и образовательных целях, интернет-ресурсах, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я задал (а) доктору все интересующие вопросы о сути и условиях лечения, внимательно ознакомился (ась) с информированным добровольным согласием.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Дата_____ Подпись Заказчика_____/_____/

Подпись пациента_____ /_____/

Подпись врача_____ /_____/

Hi-TECH CLINIC
Стоматологическая клиника