в соответствии со ст. 20 ФЗ-323 от 21.11.11 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ **ФЗ «О защите прав потребителей»**

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Я, _____, « » _____ _____ года рождения

Этот раздел бланка заполняется только законным представителем лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____

паспорт:_____№ _____, выдан_____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи добровольно даю согласие на обследование и лечение в ООО «Бест-Стом»: хирургическое лечение.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Диагноз:_____

2.2. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объём операции (его расширение или отказ от запланированного объема). Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.4. Возможные альтернативные варианты, а именно: не проведение лечения.

2.5. Возможные негативные **последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения,** а именно прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; вовлечение в инфекционный процесс соседних зубов и тканей; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; нарушения общего состояния организма; образование кисты.

2.6. Возможны осложнения **под влиянием анестезии,** а именно: отёк мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции, травма нервных окончаний, пост. инъекционные боли, неврит. Мне понятно, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии на медикаментозные препараты и лекарственные средства.

2.7. Я соглашаюсь с тем, что даже при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях возникают нижеперечисленные осложнения:

основные осложнения хирургического вмешательства обусловлены в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями моего организма. Хирургическое вмешательство в области верхней челюсти проводится в непосредственной близости к верхнечелюстной пазухе. При перфорации дна пазухи возможны воспалительные осложнения в этой области. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, при непосредственной близости к нижнечелюстному каналу и ментальному отверстию, возможно онемение языка, губ, подбородка.
Ощущение боли и дискомфорта после лечения может продолжаться от нескольких часов до нескольких дней, и может потребовать приём лекарственных препаратов.
Возможен дискомфорт, боль, отёк (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, образование гематом и инфекционных осложнений в течение послеоперационного периода
Возможно повышение температуры тела или наличие общих симптомов интоксикации
Возможно ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов
Возможно повреждение соседних зубов и пломб; натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием; перелом челюсти; открытие гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции; вывих или подвывих нижней челюсти;

3.Мне была предоставлена возможность предварительно ознакомиться с Положением о «Порядке предоставления гарантии на стоматологические услуги» в ООО «Бест-Стом», мне названы и со мной согласованы гарантии в моем конкретном случае.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения и сроки проведения лечения;
Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение ***мною рекомендаций врача*** и ***плана индивидуальных профилактических мероприятий.***
Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:
получение компьютерной томограммы, ортопантомограммы, прицельного снимка;
консультация стоматолога(ов) иного профиля.
Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик.

Мною были заданы медицинскому работнику все интересующие меня вопросы о предстоящем лечении и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Со мною согласована стоимость лечения, оплата производится в день лечения.

Данное информированное добровольное согласие действительно в течение всего срока оказания медицинской помощи в ООО «Бест-Стом». Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги. Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я отказываюсь от альтернативных вариантов лечения, указанных в пункте 2.4 в пользу хирургического лечения и принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента/законного представителя:

_____/_____/
Ф.И.О.
« » _____20 г.

Подпись пациента/законного представителя:

_____/_____/
Ф.И.О. доктора
« » _____20 г.