***ОООО «Сириус***

***Брянская область,г.Брянск, пр-кт Ленина, д.53, пом.2,* *email: siriusdent@inbox.ru***

***+7(4832)40-17-10,+7-900-363-21-20***

****

**Информированное добровольное согласие**

**на проведение медицинского (хирургического) вмешательства**

Мне, ‚ (Ф.И.О. пациента),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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, опеку, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, дата рождения):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны

здоровья граждан в Российской Федерации», в доступной для меня форме предоставлена информация:

- об имеющемся у меня заболевании (диагноз):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- о характере необходимых диагностических и лечебных мероприятий, об альтернативных методах лечения, плане лечения, разъяснены необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, в том числе:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я предупрежден(а) и осознаю, что полный или частичный отказ от рекомендованного лечения может привести к следующим негативным последствиям: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; а также обострение системных заболеваний организма и нарушение общего состояния здоровья.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях на разных этапах хирургического лечения, таких как: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, снижение внимания, аллергические реакции, пост. инъекционные боли, неврит, обморок, анафилактический шок и иные неотложные состояния (под влиянием анестезии); при приеме анальгетиков и антибиотиков: аллергические реакции; изменения витаминного и иммунологического балансов, нарушение состава кишечной

микрофлоры; в процессе лечения: дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей, кровотечение (для полного 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 (может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным), вывих или подвывих нижней челюсти, перелом челюсти, открытие гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции; после лечения возможны: инфекция, требующая дополнительного лечения, ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель; вследствие индивидуальных особенностей пациента, при несоблюдении рекомендаций врача, возможно развитие мукозита, переимплантита, на отдаленных сроках, резорбции костной ткани в области установленного

имплантата, которые могут потребовать повторной операции.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и мне сообщено, что, для эффективного лечения могут понадобиться такие обследования как: получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка, снимки КТ и другие обследования, а также консультация стоматолога (ов) иного профиля или (и) консультация у врача(ей) общего медицинского профиля.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана

индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом. Понимаю, что невыполнение рекомендаций врача вовремя и после лечения, а также совершение резких движений, закрывание рта, самовольное использование медицинских приборов (оборудования) и др. могут стать причиной неэффективного хирургического лечения, повлечь за собой появление различных осложнений. Я получил (а) указания и рекомендации по уходу за полостью рта.

Понимая сущность операции и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой операции, возможны отклонения от утвержденного плана лечения или (и) изменения срока лечения. Понимаю, что гарантии абсолютного выздоровления лечение не дает.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных сроках и ознакомлен(а) со всеми требованиями

гарантийного обслуживания, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения, я лишаюсь права на гарантию. Ознакомлен (а) со стоимостью оказываемых услуг.

Я предупрежден (а) о необходимости предоставления мною сведений о наличии у меня сопутствующих и перенесенных ранее заболеваний, противопоказаний для проведения данного лечения, а также об иных обстоятельствах, которые могут повлиять на качественное оказание мне медицинской помощи, до начала их проведения.

На основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной 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 я согласен(а) на проведение лечения в объеме, соответствующем имеющемуся заболеванию, медицинскими работниками стоматологии «Сириус Дент». Объем лечения (индивидуальный план) отражается в медицинской карте. Я

доверяю врачу и его коллегам принять соответствующее профессиональное решение и выполнить необходимые медицинские манипуляции, которые врач сочтет необходимым для уточнения диагноза, улучшения состояния здоровья пациента, с целью достижения наилучшего результата лечения.

Я внимательно ознакомился (ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документами влечет для меня правовые последствия. Настоящее согласие дано на весь период оказания медицинских услуг в стоматологии «Сириус Дент».

(1)Подпись пациента / законного представителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.2024г

(2)Даю информированное добровольное согласие на дальнейшее лечение в стоматологии «Сириус Дент».

Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лечение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1)Подпись пациента / законного представителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.2024г

(2)Даю информированное добровольное согласие на дальнейшее лечение в стоматологии «Сириус Дент».

Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лечение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1)Подпись пациента / законного представителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.2024г

(2)Даю информированное добровольное согласие на дальнейшее лечение в стоматологии «Сириус Дент».

Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лечение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1)Подпись пациента / законного представителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.2024г

2)Даю информированное добровольное согласие на дальнейшее лечение в стоматологии «Сириус Дент».

Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лечение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1)Подпись пациента / законного представителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.2024г

2)Даю информированное добровольное согласие на дальнейшее лечение в стоматологии «Сириус Дент».

Диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лечение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(1)Подпись пациента / законного представителя

\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.2024г

(2) Согласие на дальнейшее лечение дано на условиях предусмотренных настоящих документом

(1) Согласие на лечение в отношение лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители)