

**Информированное добровольное согласие (отказ)
пациента на стоматологическое хирургическое вмешательство**

На основании ст. 20 Федерального Закона РФ
№ 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны
здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, нижеподписавшийся _____
(Ф..И..О. полностью)
проживающий по адресу (по месту регистрации) _____ паспорт _____ выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____
(Ф.И.О. ребёнка, недееспособного гражданина (полностью), год рождения)

проживающего по адресу (по месту регистрации) _____
согласно моей воли после осмотра врачом-стоматологом-хирургом (врачом-стоматологом, зубным врачом), получил детальные объяснения о состоянии полости рта, характере и степени тяжести заболевания, диагнозе и необходимости лечения. Врач разъяснил мне в доступной и понятной форме основной план лечения, его цели и ожидаемые результаты, пути альтернативного лечения и их примерную стоимость.

Я осведомлен (а) о том, что данное вмешательство при необходимости может проводиться под местной анестезией. Мне разъяснено, что применение ее может привести к аллергическим, сосудистым реакциям организма: обмороку, шоку, снижению чувствительности, онемениям, невралгическими болям и постинъекционным гематомам (отекам и «синякам»). Выбор анестезиологического пособия доверяю лечащему врачу, информировавшему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии. Я также информирован(а) о возможных осложнениях, которые могут возникнуть в ходе операционного вмешательства вследствие особенностей анатомического строения организма, например: при удалении зубов верхней челюсти — перфорация верхнечелюстной пазухи, попадание инородного тела в верхнечелюстную пазуху, отлом бугра верхней челюсти. При удалении зубов нижней челюсти - нарушение чувствительности (онемение языка, подбородка, губ, крыла носа, десен). В ходе операции удаления зуба возможен раскол коронки, выпиливание корней бормашиной и боли в челюсти, припухание мягких тканей, ограничение открывания рта, в области углов рта могут быть трещины, возможно длительное заживление лунки удаленного зуба, гематомы («синяки»), кровотечение, отлом инструмента, повреждение соседних зубов, перелом челюсти, аллергические и другие реакции на применяемые медикаменты и др.

Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, в т.ч. назначенного режима лечения, может снизить качество лечения, повлечь за собой невозможность его завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Мне известно, что объём оперативного вмешательства (его расширение и отказ от вмешательства) может быть определен лишь в ходе операции. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я предупрежден(а), что возникновение непредвиденных осложнений может привести к изменению диагноза, основного плана, сроков и стоимости лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы, риски и последствия проводимого лечения. Я осведомлен(а) о возможных ожидаемых расходах за планируемое лечение и дополнительных издержках в процессе данного лечения, с преysкурантом цен данной медицинской организации ознакомлен(а). Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния здоровья, заболевания и лечения, и получил(а) на них исчерпывающие ответы врача. Мне ясна важность передачи мной точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также выполнения всех полученных от врача рекомендаций и назначений, касающихся лечения, необходимости немедленного сообщения врачу об ухудшении самочувствия, соблюдения гигиены полости рта и визитов к врачам для профилактических осмотров в указанные ими сроки, согласования с врачом приема любых не прописанных им лекарственных препаратов. Мне даны разъяснения о том, что онемение мягких тканей может сохраняться несколько часов после проведения анестезии. В этот период (законным представителям необходимо контролировать действия ребенка, недееспособного гражданина) нельзя прикусывать, пощипывать и проводить другие механические воздействия на ткани в области онемения, а также во избежание травмирования мягких тканей (прикусывание, ожог и т.д.) принимать пищу, горячие напитки до полного прекращения действия анестезии.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют, с основным планом лечения согласен(а). В случае необходимости, разрешаю предоставить информацию о состоянии моего здоровья следующим лицам: _____

« _____ » _____ 20 _____ г. _____
Подпись пациента (законного представителя) _____ Ф.И.О. пациента (законного представителя)

« _____ » _____ 20 _____ г. _____
Подпись лечащего врача _____ Ф.И.О. лечащего врача

Добровольно, в соответствии с п. 3, 4 ст. 20 Федерального Закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Я (Ф.И.О.) _____

_____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____
(Ф.И.О. ребенка, недееспособного гражданина, год рождения)

_____ от проведения стоматологического хирургического вмешательства отказываюсь (прошу приостановить).

Мне в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия отказа (приостановления лечения), а именно – появление, либо нарастание болевых ощущений, потеря зубов, нарушение общего состояния организма, тризм челюсти - тонический спазм жевательной группы мышц, блокирующий движения нижней челюсти (ограничение открывания рта), развитие гнойных воспалительных процессов (абсцесса, флегмоны и т.д.), прогрессирование заболевания, что может привести к различным осложнениям (тромбофлебит лицевых вен, развитие остеомиелита и т.д. и т.п.), в т.ч. развитие гнойно-септических осложнений различной степени тяжести.

« _____ » _____ 20 _____ г. _____
Подпись пациента (законного представителя) _____ Ф.И.О. пациента (законного представителя)

« _____ » _____ 20 _____ г. _____
Подпись лечащего врача _____ Ф.И.О. лечащего врача

**Информированное добровольное согласие (отказ)
пациента на стоматологическое хирургическое вмешательство**

На основании ст. 20 Федерального Закона РФ
№ 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны
здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, нижеподписавшийся _____ (Ф.И.О. полностью)
проживающий по адресу (по месту регистрации) _____ паспорт _____ выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____ (Ф.И.О. ребёнка, недееспособного гражданина (полностью), год рождения)

проживающего по адресу (по месту регистрации) _____
согласно моей воли после осмотра врачом-стоматологом-хирургом (врачом-стоматологом, зубным врачом), получил детальные объяснения о состоянии полости рта, характере и степени тяжести заболевания, диагнозе и необходимости лечения. Врач разъяснил мне в доступной и понятной форме основной план лечения, его цели и ожидаемые результаты, пути альтернативного лечения и их примерную стоимость.

Я осведомлен (а) о том, что данное вмешательство при необходимости может проводиться под местной анестезией. Мне разъяснено, что применение ее может привести к аллергическим, сосудистым реакциям организма: обмороку, шоку, снижению чувствительности, онемениям, невралгическими болям и постинъекционным гематомам (отекам и «синякам»). Выбор анестезиологического пособия доверяю лечащему врачу, информировавшему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии. Я также информирован(а) о возможных осложнениях, которые могут возникнуть в ходе операционного вмешательства вследствие особенностей анатомического строения организма, например: при удалении зубов верхней челюсти — перфорация верхнечелюстной пазухи, попадание инородного тела в верхнечелюстную пазуху, отлом бугра верхней челюсти. При удалении зубов нижней челюсти - нарушение чувствительности (онемение языка, подбородка, губ, крыла носа, десен). В ходе операции удаления зуба возможен раскол коронки, выпиливание корней бормашиной и боли в челюсти, припухание мягких тканей, ограничение открывания рта, в области углов рта могут быть трещины, возможно длительное заживление лунки удаленного зуба, гематомы («синяки»), кровотечение, отлом инструмента, повреждение соседних зубов, перелом челюсти, аллергические и другие реакции на применяемые медикаменты и др.

Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, в т.ч. назначенного режима лечения, может снизить качество лечения, повлечь за собой невозможность его завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Мне известно, что объём оперативного вмешательства (его расширение и отказ от вмешательства) может быть определен лишь в ходе операции. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я предупрежден(а), что возникновение непредвиденных осложнений может привести к изменению диагноза, основного плана, сроков и стоимости лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы, риски и последствия проводимого лечения. Я осведомлен(а) о возможных ожидаемых расходах за планируемое лечение и дополнительных издержках в процессе данного лечения, с прейскурантом цен данной медицинской организации ознакомлен(а). Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния здоровья, заболевания и лечения, и получил(а) на них исчерпывающие ответы врача. Мне ясна важность передачи мной точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также выполнения всех полученных от врача рекомендаций и назначений, касающихся лечения, необходимости немедленного сообщения врачу об ухудшении самочувствия, соблюдения гигиены полости рта и визитов к врачам для профилактических осмотров в указанные ими сроки, согласования с врачом приема любых не прописанных им лекарственных препаратов. Мне даны разъяснения о том, что онемение мягких тканей может сохраняться несколько часов после проведения анестезии. В этот период (законным представителям необходимо контролировать действия ребенка, недееспособного гражданина) нельзя кусать, пощипывать и проводить другие механические воздействия на ткани в области онемения, а также во избежание травмирования мягких тканей (прикусывание, ожог и т.д.) принимать пищу, горячие напитки до полного прекращения действия анестезии.

Я удостоверяю, что текст информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют, с основным планом лечения согласен(а). В случае необходимости, разрешаю предоставить информацию о состоянии моего здоровья следующим лицам: _____

« ____ » _____ 20 ____ г. _____
Подпись пациента (законного представителя) Ф.И.О. пациента (законного представителя)

« ____ » _____ 20 ____ г. _____
Подпись лечащего врача Ф.И.О. лечащего врача

Добровольно, в соответствии с п. 3, 4 ст. 20 Федерального Закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Я (Ф.И.О.) _____

_____ являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____ (Ф.И.О. ребенка, недееспособного гражданина, год рождения)
_____ от проведения стоматологического хирургического вмешательства отказываюсь (прошу приостановить).

Мне в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия отказа (приостановления лечения), а именно – появление, либо нарастание болевых ощущений, потеря зубов, нарушение общего состояния организма, тризм челюсти - тонический спазм жевательной группы мышц, блокирующий движения нижней челюсти (ограничение открывания рта), развитие гнойных воспалительных процессов (абсцесса, флегмоны и т.д.), прогрессирование заболевания, что может привести к различным осложнениям (тромбофлебит лицевых вен, развитие остеомиелита и т.д. и т.п.), в т.ч. развитие гнойно-септических осложнений различной степени тяжести.

« ____ » _____ 20 ____ г. _____
Подпись пациента (законного представителя) Ф.И.О. пациента (законного представителя)

« ____ » _____ 20 ____ г. _____
Подпись лечащего врача Ф.И.О. лечащего врача