

Информированное добровольное согласие (отказ) пациента на стоматологическое терапевтическое лечение.

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

Я, нижеподписавшийся

проживающий по адресу (по месту регистрации) _____ (Ф.И.О. полностью)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____ паспорт _____ выдан _____

проживающего по адресу (по месту регистрации) _____ (Ф.И.О. ребенка, недееспособного гражданина (полностью), год рождения)
согласно моей воле после осмотра врачом-стоматологом (зубным врачом) получил подробные 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, невралгическим болям и постинъекционным гематомам (отекам и «синяками»). 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 лечения вследствие особенностей анатомического строения организма, например: случайное вскрытие пульповой камеры при лечении кариеса, отлом инструмента в искривленном канале, перелом корня, перфорация стенки полости или канала, выход пломбировочного материала за верхушку зуба из-за наличия костных изменений в этой области, возникновение болей при накусывании после проведенного лечения, отлом коронки зуба (если отсутствует ее покрытие ортопедической коронкой), выпадение пломбы, аллергические и другие реакции на применяемые медикаменты и др. Врач объяснил мне необходимость восстановления зуба после проведенного эндодонтического лечения (лечения корневых каналов), а также (при необходимости) покрытие зуба искусственной коронкой.

Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, в т.ч. назначенного режима лечения, могут снизить качество лечения, повлечь за собой невозможность его завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья. 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 удалению зубов, не поддающихся лечению, 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 данного лечебного учреждения 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 мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют, с предложенным 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 терапевтического лечения отказываюсь (прошу приостановить).

Мне в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия отказа (приостановления лечения), а именно - появление либо нарастание болевых ощущений, прогрессирование заболевания, развитие осложнений, потеря зуба, нарушение общего состояния организма.

« _____ » _____ 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 терапевтическое лечение.

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

Я, нижеподписавшийся

проживающий по адресу (по месту регистрации) _____ (Ф.И.О. полностью)
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____ паспорт _____ выдан _____

проживающего по адресу (по месту регистрации) _____ (Ф.И.О. ребенка, недееспособного гражданина (полностью), год рождения)
согласно моей воле после осмотра врачом-стоматологом (зубным врачом) получил подробные 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, невралгическим болям и постинъекционным гематомам (отекам и «синяками»). 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 лечения вследствие особенностей анатомического строения организма, например: случайное вскрытие пульповой камеры при лечении кариеса, отлом инструмента в искривленном канале, перелом корня, перфорация стенки полости или канала, выход пломбировочного материала за верхушку зуба из-за наличия костных изменений в этой области, возникновение болей при накусывании после проведенного лечения, отлом коронки зуба (если отсутствует ее покрытие ортопедической коронкой), выпадение пломбы, аллергические и другие реакции на применяемые медикаменты и др. Врач объяснил мне необходимость восстановления зуба после проведенного эндодонтического лечения (лечения корневых каналов), а также (при необходимости) покрытие зуба искусственной коронкой.

Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, в т.ч. назначенного режима лечения, могут снизить качество лечения, повлечь за собой невозможность его завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья. 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 удалению зубов, не поддающихся лечению, 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 данного лечебного учреждения 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 мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют, с предложенным 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 терапевтического лечения отказываюсь (прошу приостановить).

Мне в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия отказа (приостановления лечения), а именно - появление либо нарастание болевых ощущений, прогрессирование заболевания, развитие осложнений, потеря зуба, нарушение общего состояния организма.

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