

Информированное согласие на проведение пародонтологического лечения

Форма 27

Настоящее добровольное согласие составлено во исполнение требований Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" с целью обеспечить пациентов необходимой, доступной и достоверной информацией об услугах, оказываемых стоматологической клиникой.

Я, _____,
(Фамилия, Имя, Отчество Пациента - полностью)

подтверждаю, что врач стоматолог-пародонтолог _____ провел (а) со мной беседу, в ходе которой я был (а) достаточно информирован (а) о:

- сути, целях и предполагаемых результатах показанных мне пародонтологических манипуляций;
- необходимости проведения дополнительного обследования для постановки окончательного диагноза;
- методах, предполагаемых этапах и средствах лечения;
- возможных альтернативных вариантах лечения;
- необходимых подготовительных мероприятиях перед началом лечения;
- возможных последствиях, рисках и осложнениях в ходе и по окончании лечения;
- предположительных стоимости, продолжительности и прогнозе лечения.

Я был (а) информирован (а) о том, что в ходе обследования мне был поставлен предварительный диагноз _____

Врач ознакомил(а) меня с основными, наиболее рациональными планами проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения. Меня информировали о преимуществах предложенной мне тактики лечения и о возможных альтернативных методах лечения, в том числе консервативных способах пародонтологической реабилитации. Я выбираю показанный мне вид лечения тканей пародонта.

Я ознакомлен(на) с подготовительными мероприятиями, которые необходимо провести перед началом пародонтологического лечения. Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость осуществления комплексного стоматологического лечения.

Я согласен(на) с планом пародонтологического лечения и понимаю, что он не исключает возможности появления дополнений и изменений, которые могут возникнуть в ходе врачебных манипуляций или на этапах лечения, таких как: операция под седацией, добавление искусственной кости, мембран, иных лекарственных и замещающих препаратов, и т.д. и готов (а) полностью их оплатить. Я оставляю за врачом право на выбор используемых им необходимых препаратов и материалов.

Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строгого следования этапам лечения, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу для уменьшения вероятности возможных осложнений.

Я понимаю, что хотя предложенный вид лечения поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, оно является своего рода вмешательством в мой организм, и, как любая медицинская манипуляция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов.

Я осведомлен (а) о возможных рисках и осложнениях, связанных с пародонтологическим лечением, аугментацией кости, обезболиванием и приемом медикаментов. Это могут быть: боль, отек, гематомы, кровотечение, инфицирование и окрашивание зубов и мягких тканей. Длительность онемения языка, щек, губ, зубов не имеет четких временных рамок, но может быть и частично необратимой. Возможны воспаление десен, повреждения соседних зубов, рецессия десны (изменение уровня поверхности десны относительно поверхности зуба), задержка заживления, аллергические реакции на используемые медикаменты и т.д.

Я осознаю, что в случае отказа от предложенного пародонтологического лечения могут

развиться следующие состояния: дистрофия и потеря костной ткани, воспаление тканей пародонта, инфицирование, гиперчувствительность зубов, нарастание степени их подвижности, следствием чего может стать последующее удаление вовлечённых в процесс зубов, возможные системные проявления моего заболевания, такие как: расстройства височно-нижнечелюстных суставов, головные боли, отраженные боли в задней части шеи и лицевых мышцах, хроническая усталость мышц при жевании.

Врач стоматолог-пародонтолог объяснил мне, что нет возможности точно прогнозировать, как и в какие сроки пройдет заживление.

Я понимаю, необходимость постоянного лечения в одном медицинском учреждении, важность взаимодействия между врачом стоматологом-пародонтологом и лечащим врачом-стоматологом. Мне понятно, что ни врач стоматолог-пародонтолог, ни лечащий врач-стоматолог не будут нести никакой ответственности за результаты лечения на его этапах до завершения, если я обращаюсь по собственной инициативе и/или без ведома вышеуказанных специалистов в другую клинику (к другим врачам)

Я понимаю, что чрезмерное курение, употребление алкоголя и сахара может отрицательно влиять на заживление и снизить уровень успеха операции. Я обязуюсь выполнять все инструкции врача по уходу за полостью рта дома и посещать доктора с целью осуществления регулярных осмотров (по графику, оговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

Я поставлен (а) в известность о том, что в связи с определённой степенью риска возникновения осложнений в ходе лечения, а также рецидива заболевания по причинам, не зависящим от лечащего врача, установление четких гарантийных сроков по данному виду работ затруднено.

Я понимаю, что успешный результат лечения может быть значительно снижен, а в ходе и по окончании лечения могут возникнуть осложнения и рецидивы, в таких случаях как неявка на прием, невыполнение рекомендаций врача, нарушения правил гигиены полости рта, обращение до окончания лечения в другую стоматологическую клинику.

Мне объяснили и я понял(а) суть всех осложнений (дискомфортных состояний), которые могут возникнуть в связи с индивидуальной реакцией организма на лечение, и я понимаю, что возможное возникновение таких осложнений (дискомфортных состояний) не является следствием некачественно оказанной услуги.

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. На все заданные вопросы я получил (а) понятные мне исчерпывающие ответы. Я получил (а) все рекомендации, касающиеся моего поведения в ходе предлагаемого лечения и последующего реабилитационного периода.

Со своей стороны, я высказал (а) все жалобы, предоставил (а), в меру своей осведомлённости, информацию об индивидуальных особенностях и реакциях моего организма, наличие в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на планирование и ход предлагаемого лечения или служить противопоказаниями к его проведению.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия.

Я осознаю, что на основании полученной информации я могу как отказаться от предложенного мне лечения, так и дать свое согласие на его проведение. При этом, при принятии данного решения на меня не оказывается никакого давления.

Будучи информированным(ной) и предупрежденным(ной) обо всем вышеизложенном, я полностью сознаю, что предлагаемое медицинское вмешательство показано мне по состоянию моего здоровья. В связи с этим я осознанно и добровольно ДАЮ СОГЛАСИЕ на проведение пародонтологического лечения

Я согласен(на) на проведение фотосъёмки, видеосъёмки и видеозаписи для улучшения качества

диагностики и анализа хода лечения

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том необходимом объеме, который определит лечащий врач.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

Также по своему желанию сообщаю сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.5 ст.19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья в случае необходимости.

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

_____ 2023г.

Пациент _____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

« ___ » _____ 2023 г.

Пациент _____ / _____ /

Врач-стоматолог _____ / _____ /