

Информированное согласие на проведение терапевтического лечения

Форма 34

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-терапевт _____ провел со мной беседу, в ходе которой я был(а) достаточно информирован(а) о:

- сути, целях и предполагаемых результатах показанного мне терапевтического лечения;
- о возможной необходимости проведения дополнительного обследования для постановки окончательного диагноза,
- методах, предполагаемых этапах и средствах терапевтического лечения;
- возможных альтернативных вариантах 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 _____

_____, что является прямым показанием для проведения терапевтического лечения.

Меня информировали о преимуществах предложенной мне тактики лечения и о возможных альтернативных методах лечения, которые в моем случае будут менее эффективны. **Я ознакомлен (а)** с окончательным планом лечения и проведения подготовительных мероприятий перед его началом. **Я понимаю**, что терапевтическое лечение имеет высокий процент успеха, но, являясь инвазивной процедурой, не всегда гарантирует наилучший результат.

Я ознакомлен (а) со всеми возможными осложнениями, связанными с проводимым мне лечением, а именно:

1. После проведения терапевтической реставрации поверхности зуба возможно возникновение чувствительности зуба на термическое раздражители, которое обычно самостоятельно проходит в течение нескольких дней.
2. Возможно появление незначительной, непродолжительной чувствительности при пережевывании твердой пищи, которое также не требует специального вмешательства, и проходит самостоятельно.
3. Редчайшим, но возможным осложнением является частичное или полное разрушение реставрации. При возникновении этого осложнения проводится коррекция реставрации лечащим врачом (в пределах гарантийного срока).
4. Возникновение необратимых форм пульпита

Я понимаю, что возможное возникновение таких осложнений (дискомфортных состояний) не является следствием некачественно оказанной услуги. **Я понимаю**, что максимальный результат лечения никоим образом не предотвращает вторичного кариозного

поражения данного зуба.

Врач подробно объяснил (а) мне необходимость тщательного соблюдения рекомендаций по гигиене полости рта, важности регулярных визитов в клинику для контроля и профилактики изменений в состоянии здоровья полости рта. **Я намерена** посещать лечащего врача в оговариваемые сроки. Я понимаю, что успешный результат терапевтического лечения может быть снижен в случаях невыполнения этих рекомендаций.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях при проведении местной анестезии и приеме анальгетика.

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 после его окончания. Со своей стороны, я высказал (а) все жалобы, предоставил(а), в меру своей осведомленности, 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 противопоказанием к его проведению.

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

Я понимаю, что на основании полученной информации я могу либо отказаться от предложенного мне лечения, либо дать свое согласие на его проведение. При этом на меня не оказывается никакого давления.

Будучи информированным (ой) и предупрежденным (ой) 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 терапевтического лечения _____

Я согласен(а) на проведение выбранного лечащим врачом метода анестезии и анестезирующего препарата.

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 _____ / _____ /

Врач стоматолог-терапевт _____ / _____ /