

Г. Электросталь

Я, _____ Клиент Клиент Клиент

настоящим подтверждаю что, в соответствии со статьями 20, 21, 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня заболевания (нужное отметить):

K04.5 Хронический апикальный периодонтит

K04.6 Периапикальный абсцесс с полостью

K04.7 Периапикальный абсцесс без полости

K04.8 Корневая киста

K04.9 Другие и неуточненные болезни пульпы и периапикальных тканей (ранее проведенная некачественная эндодонтическая терапия зуба, могущая вызвать впоследствии воспалительный процесс в периапикальных тканях зуба)

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение следующих осложнений заболевания: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений (остеомиелит челюсти, гнойное воспаление лица и шеи, острый сепсис и др.); появление или нарастание боли; обострение системных заболеваний организма; летальный исход.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с необходимостью предоставления выписки-направления в случае, если лечение было начато или продолжается в другом ЛПУ.

Мне врачом разъяснено и понятно, что такое медицинское вмешательство, как перелечивание каналов зуба проводится в несколько этапов:

- этап диагностики с обязательным проведением КТ перед эндодонтическим вмешательством;
- этап препарирования каналов зуба на всем протяжении канала с обработкой стенок канала зуба и высверливанием предыдущей пломбировки каналов зуба для наиболее полного устранения патогенной микрофлоры;
- этап удаления образовавшейся в месте воспаления жидкости (гнойная или серозная) для устранения воспаления, что может занять несколько дней при необходимости полоскания гипертоническими растворами;
- этап механической подготовки (расширение, очистка), антисептической обработки (дезинфекция) и пломбирования каналов (сначала временного, потом и постоянного). При этом выведение пломбировочного материала за верхушку зуба может быть необходимым и являться методом лечения;
- этап реставрация или протезирование в зависимости от степени разрушения зуба.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что часто возникают препятствия для этапов такой обработки каналов, которые не позволяют выполнить все манипуляции в полном объеме. Иногда такие препятствия создают риск перфорации корня зуба. Подобными препятствиями могут быть: облом инструмента; уступы; участки кальцинации; анкерные штифты; чрезмерно прочное предыдущее пломбирование каналов (например, резорцин-формалиновой пастой и др.).

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что с учетом тяжести заболевания может быть проведено хирургическое вмешательство, которое заключается в удалении воспаленной верхушки корня зуба. Такая операция зачастую позволяет спасти весь зуб при периодонтите и избежать его удаления.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что ни врач, проводящий перелечивание каналов зуба, ни Исполнитель не предоставляют никаких гарантий на положительный результат данной медицинской услуги, так как эндодонтическая терапия по ревизии (перелечиванию) каналов зуба не имеет высокого процента клинического успеха (не более 30%) и является всего лишь попыткой спасения зуба.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения вообще.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) со следующими возможными последствиями и осложнениями после проведенного медицинского вмешательства: некачественное прохождение (распломбирование) и расширение корневого канала; перелом эндодонтического инструмента в корневом канале; перфорация стенки корневого канала или стенки зуба; неполное пломбирование корневого канала; вывод пломбировочного материала за верхушку корня зуба; обнаруженный и, соответственно, незапломбированный дополнительный корневой канал; аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения; рецидив воспалительного процесса в периапикальных тканях зуба.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что при необходимости лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, при создании доступа к этим корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции, при этом также возможно ее необратимое повреждение. Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к необходимости его удаления.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что ввиду специфики медицинской деятельности, невозможно предоставить мне гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем даже при успешном завершении лечения.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что даже при отсутствии положительного результата данной медицинской услуги я обязуюсь полностью её оплатить в соответствии с составленным ранее планом лечения в полном объеме.

(Клиент К.К.)

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с возможными временными последствиями эндодонтического лечения:

- ощущение дискомфорта, болевые ощущения, боли при накусывании на зуб, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней;
- отечность десны в области зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней.

Я информирован(а) и предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что:

- необходим рентгенологический контроль качества эндодонтического лечения в процессе лечения и в будущем;
- даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем;
- после эндодонтической терапии необходимо восстановление зуба коронкой. В противном случае проведенное лечение может потерпеть неудачу, что может стать причиной потери зуба.

Я предупрежден(а) и согласен(на) с тем, что объем манипуляций в ходе процедуры может варьироваться, а окончательный выбор объема корректируется во время проведения процедуры врачом. В случае необходимости корректировки процедуры или проведения другой процедуры я доверяю врачу принять соответствующее решение и выполнить любые медицинские действия, которые он сочтет необходимыми. В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. В случае возникновения неотложных ситуаций, даю согласие на госпитализацию.

Мне разъяснено, что симптомами осложнений после лечения являются болевые ощущения в области вмешательства, и что при появлении болевых ощущений после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику ООО «Дюна» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений. При отсутствии осложнений посещение врача осуществляется по плану.

Я добросовестно поставил(а) в известность и ответил(а) на все вопросы врача обо всех проблемах своего здоровья, в том числе о(б): аллергии; индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов; перенесенных и известных травмах, операциях, заболеваниях; принимаемых лекарственных средствах; об экологических, производственных факторах физической, химической, биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности. Я подтверждаю, что в анкете назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния.

Я сообщил(а) правдивые сведения о себе, а именно: о наследственности; об употреблении алкоголя, наркотических, токсических средств. Я понимаю, что выполнение процедуры при существующих противопоказаниях к ней могут спровоцировать нежелательные побочные эффекты.

Я утверждаю, что противопоказаний, о которых меня информировал врач, у меня нет. При наличии у меня противопоказаний и не уведомлении о них врача в случае возникновения побочных эффектов процедуры я отвечаю за все последствия без претензий к врачу и Исполнителю.

Я подтверждаю, что в доступной форме уведомлен(а) и в полной мере проинформирован(а) врачом о(об):

- осуществляемой Исполнителем медицинской деятельности;
- режиме работы Исполнителя;
- видах, качестве, условиях предоставления медицинской помощи;
- уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- альтернативных методах лечения;
- возможной необходимости выполнения других медицинских вмешательств, процедур, исследований, мероприятий;
- показаниях, противопоказаниях, возможных побочных реакциях, осложнениях, возможном риске, последствиях, результатах;
- необходимости соблюдения режима при проведении процедуры, регулярном применении назначенных препаратов;
- необходимости немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, незамедлительной явке на осмотр в случае возникновения осложнения, обязанности информирования врача о состоянии здоровья;
- согласовании с врачом приема новых препаратов перед их применением;
- риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов;
- о возможном отличии результатов процедуры от ожидаемых, о невозможности гарантировать врачом только положительных результатов процедуры и с этим соглашаюсь;
- качественном выполнении врачом соответствующей квалификации клинических, диагностических, технологических этапов проведения процедуры, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Я подтверждаю, что:

- текст мною прочитан, полученные объяснения врача меня полностью удовлетворяют, понятно содержание и назначение данного документа, понятен смысл всех терминов;
- все данные, полученные от меня, записаны верно;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- рекомендации после проведения процедуры предоставлены в полном объеме;
- понимаю, что несоблюдение указанных рекомендаций, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой процедуры, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье;
- понимаю, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений;
- имел(а) возможность задать врачу все интересующие вопросы, и врачом даны исчерпывающие ответы на все заданные вопросы;
- данное согласие является подтверждением обсуждения мною с врачом вышеупомянутой процедуры;
- согласен(на) с тем, что назначение врачом вышеуказанной процедуры носит лишь рекомендательный характер;
- согласен(на) на фото видео документирование процедуры и понимаю, что эти фото и видео документы станут собственностью Исполнителя, и могут быть использованы для научных, учебных целях, но не будет нарушать конституционных прав на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность;
- в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390 даю согласие на проведение при необходимости следующих манипуляций и вмешательств: опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза), осмотр, исследования, термометрию, измерение артериального давления, введение лекарственных препаратов, назначение лечебно-оздоровительного режима;
- согласен(на) с тем, что в случае своего обращения в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) в период проведения процедуры (курса процедур), без согласования с врачом, для продолжения лечения или устранения допустимых реакций и осложнений организма на процедуру, исключается виновное пренебрежение моими и представляемого законными интересами со стороны врача и Исполнителя, и, как следствие, врач и Исполнитель не принимают на себя ответственности за проведение стороннего альтернативного вмешательства, результат вмешательства и невозможность завершения начатой процедуры.

Я разрешаю в случае необходимости, в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона №323-ФЗ, предоставить информацию о своем (представляемого) диагнозе, степени тяжести, характере заболевания гражданам:

(указать Ф.И.О., год рождения, контактная информация, по желанию – степень родства)

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остается возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

На основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом ООО «Дюна».

Беседу провёл врач

(подпись)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства

(Клиент К.К.)

(подпись)

Пациент отказался от проведения медицинского вмешательства

(Клиент К.К.)

(подпись)