

**ПРИЛОЖЕНИЕ К ДОГОВОРУ № 01-01/20-С-0001 ОТ 01.01.2020**  
**Информированное добровольное согласие**  
**на установку зубных украшений**

Г. Электросталь

01.01.2020

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 том, что установка зубного украшения – исключительно косметическая процедура, не имеющая медицинских показаний и выполняемая по моему желанию.

Мне врачом разъяснено и понятно, что установка зубных украшений заключается в обработке зуба специальным гелем, нанесении клейкого, затвердевающего и активируемого при помощи света композита, установке непосредственно украшения и полировке поверхности зуба вокруг зубного украшения.

Мне врачом разъяснено и понятно, что говорить об альтернативных методах лечения не приходится, так как установка зубного украшения лечением вообще не является, а является лишь косметической процедурой.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что перед установкой зубных украшений нужно обязательно проверить состояние полости рта и, если это необходимо, провести профессиональную чистку зубов. На эти виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия.

Я информирован(а) врачом о том, что противопоказаниями к установке зубных украшений могут быть:

- наличие кариозных поражений на любой поверхности зуба;
- наличие керамической коронки на зубе (относительное противопоказание, поскольку установка требует использования более сложной и достаточно рискованной методики фиксации, с меньшей степенью надежности).

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что после установки украшения:

- возможно изменение дикции и появление ощущения инородного тела в полости рта, поэтому обычно необходимо несколько дней для привыкания к установленному украшению;
- не рекомендуется пользоваться электрической зубной щеткой при наличии драгоценного камня в украшении, так как вибрация может вызывать отделение камня;
- употребление жевательных резинок, жевательных конфет, ирисок и т.д., откусывание твердых фруктов и овощей (яблок, моркови и т.п.) повышает риск отклеивания украшения;
- рекомендуется регулярно чистить зубы, в том числе производить профессиональную чистку, полировать золотые зубные украшения во избежание их потускнения один раз в два месяца.

Мне врачом разъяснено и понятно, что если по каким-либо причинам будет необходимо снять зубное украшение, это будет произведено быстро, безболезненно и без нарушения целостности зуба. Участок зуба, на котором крепилось украшение, будет заполирован специальной пастой, и зуб приобретет первоначальный вид.

Мне врачом разъяснено и понятно, и я принимаю то, что:

- ни врач, проводящий установку зубных украшений, ни Исполнитель не предоставляют никаких гарантий на данную косметическую процедуру и не несут ответственности за утрату любым способом украшения;
- ни врач, ни Исполнитель не несут никакой ответственности за качество драгоценных камней или драгоценного металла, входящих в состав зубного украшения, если только оно (зубное украшение) не было приобретено у Исполнителя в установленном законом порядке;
- хотя зубные украшения имеют весьма прочную фиксацию к зубу, тем не менее, это биологическая процедура, выполненная без препарирования зуба, и поэтому она не может иметь гарантии на успех, так же как и любое медицинское вмешательство;
- при установке зубных украшений положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение процедуры специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Я предупрежден(а) и согласен(на) с тем, что объём манипуляций в ходе процедуры может варьироваться, а окончательный выбор объёма 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 сочтёт 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 планово.

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 остаётся 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

(подпись)

(Клиент К.К.)

Пациент отказался от проведения медицинского вмешательства

(подпись)

(Клиент К.К.)