

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 для проведения успешного (нужное отметить):

Терапевтического лечения

Ортопедического лечения

Хирургического лечения

Ортодонтического лечения

Пародонтологического лечения

информированные добровольные согласия на которые были подписаны мною ранее или будут предложены для подписания, мне необходимо проведение оперативного (хирургического) пародонтологического вмешательства (в соответствии с классификацией оперативных пародонтологических вмешательств по Безруковой А.П., 1999 г.), а именно:

- Гингивальная хирургия (все виды операций на тканях пародонта в области свободной и прикрепленной частей десны):
 - кюретаж-удаление патологических грануляций и обработка поверхности корня зуба;
 - гингивотомия-хирургическая операция рассечения десны;
 - гингивэктомия-удаление небольшой части десны, которая отслаивается от зуба;
 - лоскутные операции, корригирующие край десны-создание при помощи подвижных слизисто-надкостничных лоскутов искусственной муфты-манжеты, плотно охватывющей шейку каждого зуба;
 - хирургические методики с использованием электрокоагуляции, криодеструкции, лазерной и радиокоагуляции;
 - гингивопластика-создание новых контуров десневого края.
- Лоскутные операции-глубокая чистка, полировка корней зуба с предварительным рассечением десны и откидыванием слизисто-надкостничного лоскута.
- Операции вторичного приживления-пересадка и перемещение лоскутов слизистой оболочки в пределах полости рта.
- Мукогингивальная хирургия (осуществляется на мягких тканях десны и альвеолярного отростка):
 - гингивопластика;
 - френулотомия и френулаэктомия-рассечение и иссечение уздечек, с устранением тяжей;
 - коррекция свода челюстей с формированием преддверия полости рта.
- Остеогингивопластика:
 - лоскутные операции с применением средств, стимулирующих репаративные процессы в костной ткани пародонта.
- Мукогингивопластика:
 - гингивопластика;
 - остеопластика-заместительное восстановление костной ткани;
 - коррекция свода челюстей с устранением тяжей и укороченных уздечек губ.
- Одонтопластика-реплантация и имплантация зуба.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; обострение системных заболеваний организма; усложнение или невозможность выполнения тех видов терапевтического, ортопедического, хирургического, ортодонтического, пародонтологического лечения, в дополнение к которым предлагается данный вид оперативного пародонтологического вмешательства; уменьшение вероятности положительного результата этих видов лечения.

Я информирован(а) врачом, что альтернативными методами лечения являются: отсутствие оперативного пародонтологического вмешательства, замена данного вида хирургического вмешательства иным видом из вышеуказанных, или отсутствие лечения вообще.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что хотя хирургическое пародонтологическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, это биологическая процедура, и поэтому она не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Также эти вмешательства применяются исключительно как дополнительные, улучшающие качество иных видов лечения или создающие возможность для проведения иных видов лечения и, следовательно, находятся в прямой зависимости от их нюансов и успешности. При проведении оперативного пародонтологического вмешательства положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенических и противоэпидемического режимов.

Мне врачом объяснено и понятно, что: послеоперационный восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру течения; эффективность любого хирургического лечения зависит от тщательного соблюдения индивидуальной гигиены, своевременного проведения профессиональной гигиены и профилактических осмотров. Контрольный осмотр необходимо проводить через 3 месяца после лечения, профессиональную гигиену через 6 месяцев. В последующее время необходимо каждые полгода проводить контрольный и профилактический осмотры лечащим врачом и гигиенистом.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что осложнением хирургического пародонтологического лечения может быть: обнажение шеек зубов; травматичность; снижение высоты альвеолярного отростка; увеличение подвижности зубов; гиперестезия дентина; косметический дефект; не приживление перемещаемых слизисто-надкостничных лоскутов; воспалительные процессы различной природы; послеоперационный отек мягких тканей лица и шеи; гематома, кровотечение; ограничение открывания рта; онемение губы, подбородка, языка; аллергические реакции; прогрессирование заболевания; повышение температуры тела; появление симптомов общей интоксикации организма; увеличение лимфатических узлов; обострение системных заболеваний организма; нарушение состава кишечной микрофлоры, связанное с приемом антибиотиков при их назначении.

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.
- понимаю, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений;

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)

(подпись)

.)

Пациент отказался от проведения медицинского вмешательства

(подпись)

.)