

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 наличии у меня в полости рта зубных отложений и о том, что зубные отложения возникают практически у всех людей и образуется из воды, минеральных солей слюны и микроорганизмов.

Я информирован(а) врачом и мне понятно, что:

- снятие зубных отложений представляет собой совокупность процедур, направленных на удаление с поверхности зуба отложений с целью улучшения внешнего вида и поддержания здорового состояния десен и зубов, хорошего состояния пломб и протезных конструкций, предупреждения развития стоматологических заболеваний;
- существует два вида зубных отложений: мягкие зубные отложения, которые в основном состоят из мелких остатков пищи, органических соединений и микроорганизмов; твердые зубные отложения, которые сформировались из мягких отложений путём постепенного затвердевания;
- зубные отложения являются не только косметической проблемой (особенно при окрашивании красителями, содержащимися в кофе, чае, сигаретном дыме), из-за которой изменяется цвет и структура зубов, появляется неприятный запах изо рта (из-за размножения микрофлоры). В твердом и в мягком зубном налете содержится огромное количество микроорганизмов, которые могут стать причиной воспалительных заболеваний в полости рта, в т. ч. и опорного аппарата зубов - пародонта. Воспалению десны, помимо бактериального фактора, способствует и раздражение края десны зубным камнем;
- в пародонтологии зубному налету отводится ведущая роль в возникновении заболеваний пародонта. Таким образом, снятие зубных отложений является обязательной процедурой при лечении гингивита и пародонтита, а также для их профилактики ещё до появления характерных признаков болезней пародонта в виде неприятного запаха изо рта, кровоточивости десен, расшатывания зубов и пр.;
- последствиями отказа от проведения процедуры снятия зубных отложений могут быть: возникновение пародонтита; гингивита; кариеса зубов; воспаление и кровоточивость десен; расшатывание зубов; неприятный запах изо рта.

Я предупрежден(а) врачом, что в случае возникновения пародонтологического заболевания и, следовательно, необходимости проведения пародонтологического лечения мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия на данные виды медицинских вмешательств.

Я информирован(а) врачом и мне понятно, что снятие, с учетом вида зубных отложений, возможно только в условиях стоматологической клиники с использованием современного оборудования и специальных методик: инструментальной, ультразвуковой, порошково-струйной:

- инструментальная методика-кюретаж. Закрытым кюретажом называют процедуру снятия зубных отложений и очистки десневых или пародонтальных карманов, выполняемую без нарушения целостности десны. Показанием для проведения закрытого кюретажа является небольшая длина десневого кармана (до 5 мм). Чистку пародонтального кармана осуществляют при помощи тонких ручных инструментов для удаления наддесневого и поддесневого зубного камня, удаления грануляционной ткани из полости кармана и с его стенок, наложения защитной повязки из различных стоматологических препаратов;
- ультразвуковая методика-использование специальных аппаратов для снятия зубных отложений, таких как ультразвуковой скалер, аппарат «Vector» и др. При помощи ультразвуковых колебаний создается зона, в которой погибают патогенные бактерии, а мельчайшие частицы очищающего порошка «Fluid polish» полируют поверхность корня. С помощью антисептического раствора десневые карманы интенсивно промываются. За счет гидродинамического эффекта количество микроорганизмов значительно сокращается и это достигается без повреждения мягких тканей;
- AirFlow-подача реактивной струи аэрозоля, состоящей из воды, воздуха и абразивного вещества, через специальный наконечник.

Я информирован(а) врачом и мне понятно, что такое медицинское вмешательство, как снятие зубных отложений с зубов необходимо проходить, как минимум, два раза в год.

Я предупрежден(а) врачом, что хотя снятие зубных отложений имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, это биологическая процедура, которая, как любая временная и профилактическая процедура, не может иметь гарантии на успех, ибо зубные отложения обязательно будут образовываться снова. При снятии зубных отложений 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-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Я информирован(а) врачом и мне понятно, что говорить об альтернативных методах лечения не приходится, так как снятие зубных отложений лечением вообще не является, а является лишь профилактической процедурой.

Я предупрежден(а) врачом, что после снятия зубных отложений могут возникнуть временные неприятные ощущения в виде реакции зубов на холодное и горячее, а так же возникновение болезненных ощущений в области десневого края, покраснение, жжение и кровоточивость десен, проявление флюорозных пятен в меловидной форме.

Я предупрежден(а) врачом и согласен(на) с тем, что в результате снятия зубных отложений:

- могут проявиться скрытые ранее под ним дефекты эмали: пористость, шероховатость, пятна, кариес;
- станут более видимыми ранее скрытые отложения промежутки между зубами, особенно в пришеечной области вследствие нормальной трапециевидной формы зубов.

Я информирован(а) врачом о невозможности причинения вреда эмали зубов ( возникновении кариеса и дефектов эмали ) при снятии зубных отложений ультразвуком.

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 планоно.

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

\_\_\_\_\_ (Клиент К.К.)

\_\_\_\_\_ (подпись)

Пациент отказался от проведения медицинского вмешательства

\_\_\_\_\_ (Клиент К.К.)

\_\_\_\_\_ (подпись)