

**ИНФОРМИРОВАННОЕ
ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
ПАЦИЕНТА
НА
ПРОВЕДЕНИЕ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ
РЕСТАВРАЦИИ ПЛОМБИРОВОЧНЫМИ
МАТЕРИАЛАМИ**

Уважаемые пациенты!

Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. При этом необходимым является и частичное повреждение здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага

Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме. Данное согласие выдается один раз и действует один год.**

Я, _____
уполномочиваю врача-стоматолога _____
провести эстетическую реставрацию зубов.

Этот документ содержит необходимую мне информацию с тем, чтобы я ознакомился(ась) с предлагаемым мне лечением и мог(могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Врач обосновал необходимость проведения эстетической реставрации. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом эстетической реставрации. Я также ознакомлен(а) с возможными альтернативными вариантами эстетической реставрации: покрытие зуба металлокерамической коронкой, безметалловой керамикой, виниром, что предполагает массивную обработку коронковой части зуба. При эстетической реставрации прямым способом проводится восстановление утраченных зубных тканей за счет наложения светокомпозитного материала непосредственно на ткани зуба, полимеризация материала и тем самым восстановление коронковой части зуба. Хотя предложенное мне лечение поможет сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что реставрация зубов – своего рода вмешательство в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов работ, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа, как если бы у человека выросли новые зубы.

Доктор понятно объяснил мне те осложнения, которые могут произойти в последующем во время пользования реставрированными зубами:

1. Частичный скол отреставрированной коронки.
2. При реставрации витальных (живых) зубов может появиться чувствительность на температурные раздражители.
3. Изменение первоначального цвета реставрации.
4. Нарушение краевого прилегания пломбы в виде появления видимой границы между краем зуба и пломбой
5. Может быть полный отлом коронки реставрированного зуба

Поэтому я понимаю необходимость контрольных осмотров согласно предложенного мне графика (обговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

Я понимаю обязательность тщательной гигиены полости рта (уход за зубами с помощью зубной щетки и пасты, а также за реставрированными зубами).

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения в виде эстетической реставрации и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого результата с действительным результатом. Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне лечение. Я также имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я разрешаю использовать фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг лицам, оплачивающим мое лечение.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение эстетической реставрации.

Дата « _____ » _____

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

Отказ от видов медицинских вмешательств (проведение эстетической реставрации пломбировочными материалами), включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

_____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

при оказании мне первичной медико-санитарной помощи в ООО «СТОМАЛОДЖИКА» отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – виды медицинских вмешательств):

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

дата _____ Подпись _____ (ФИО)