УФ-12, версия 1

Информированное добровольное согласие на проведение ортопедического лечения в ООО «Антериор»

Я, _____(ФИО)
в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне следующих медицинских услуг:** ***ортопедическое лечение дефектов коронок зубов, частичного отсутствия зубов, либо полного отсутствия зубов (нужное подчеркнуть).***

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и понимаю, что при проведении лечебных манипуляций при ***ортопедическом лечении,*** включая анестезию и прием лекарственных средств существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений, *возникающих во время эксплуатации зубных протезов (особенно при увеличении нагрузки), в т.ч.: возникновение переломов протезов, трещин, сколов облицовочного материала, изменение цвета, стирание зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах, а также аллергических реакций и др.*

Мне разъяснена необходимость строго следовать этапам протезирования, соблюдать сроки и последовательность их проведения.

Я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических этапов протезирования.

Я проинформировал (а) лечащего врача обо всех случаях аллергии в прошлом и в настоящем времени, и предупрежден (а) о возможности возникновении аллергической реакции на некоторые стоматологические материалы, применяемые для изготовления зубных протезов (металлы, пластмассы, оттискные массы, пломбировочные цементы и др.).

Я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и зубными протезами, а так же обязуюсь приходить на контрольные профилактические осмотры в соответствии с установленным планом лечения.

Я согласен (а), что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным результатом и понимаю, что при сроке гарантии на зубные протезы _____ месяцев, никто не может гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных сроках и ознакомлен (а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача прекращает гарантийные обязательства медицинской организации перед Заказчиком (пациентом), а также может повлечь за собой не достижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно **соглашаюсь** на медицинское вмешательство.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен (а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства**,** включая анестезию и прием лекарственных средств.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: _____
_____ *(указать какие, если имеются исключения).*

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением: _____ *(указать какие, если имеются исключения).*

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 7. Рентгенологические методы обследования, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования. 8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожною.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам: _____.

Примечание: В соответствии со ст. 20. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста, а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

Врач: _____/_____
фио подпись

Пациент: _____/_____
фио подпись

Дата: _____20____г