

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "ТАНАР"

423827, Татарстан РЕСПУБЛИКА, г. Набережные Челны, Юных Ленинцев БУЛЬВАР, дом № 3 "А", корпус 27/22 "А"

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, <ФИО ПАЦИЕНТА> (Ф.И.О.),

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 / моему ребёнку (*нужное подчеркнуть*) следующих медицинских услуг: эндодонтическое лечение.

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

Я ознакомлен(а) с техническими особенностями процедуры эндодонтического лечения (лечения корневых каналов зуба) и даю своё согласие на её проведение.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и понимаю, что при проведении лечебных манипуляций по эндодонтическому лечению существует определенная степень риска.

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 приём лекарственных средств в т.ч.:

- поломках инструмента, перфорации и перелом корня, возникшие при лечении искривлённых корневых каналов, при сильной кальцификации корневых каналов и при затрудненном открывании рта.

- при эндодонтическом вмешательстве возможно обострение хронического процесса и появление болевых ощущений в зубе при надкусывании и жевании, а также припухлость десны и мягких тканей лица в области леченого зуба.

- аллергические реакции и др.

Вышеуказанные осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и повлечь за собой применение методов периапикальной хирургии, физиотерапии и даже привести к удалению зуба:

- при эндодонтическом лечении зуба, находящимся под протезом, возможно повреждение протеза и возникновение необходимости снятия всей ортопедической консультации.

Даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя дать гарантии, что зуб, в отношении которого проводилось лечение, в дальнейшем не подвергнется кариозному разрушению и/или перелому в будущем.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я понимаю необходимость обязательного покрытия зуба искусственной коронкой после эндодонтического лечения.

Понимая сложность предстоящего лечения, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры и следить за гигиеной полости рта.

Я согласен(а) что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

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

Я предупреждён(а), что несоблюдению требований и/или рекомендации врача прекращают 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.

Я разрешаю фотографировать на этапах лечения и использовать фотографии моих зубов и полости рта без указания моего имени и фамилии.

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

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, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.

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 так же 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 так же 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 ознакомлен(а) и даю согласие на то, что администрация поликлиники в праве передавать сведения, в том числе персональные данные, а также сведения о состоянии здоровья, во исполнение приказ МЗ РТ от 08.02.2016 г. №200 «Об обращении пациента с признаками причинения здоровью в результате совершения противоправных действий» в соответствующие уполномоченные органы.

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

Ф.И.О. ребёнка (если медицинское вмешательство будет осуществлено в отношении пациента, не достигшего возраста 15 лет): _____

Фамилия, инициалы и подпись пациента: _____

Фамилия, инициалы и подпись врача: _____

Дата: «<День>» <Месяц> <Год>

Примечание: В соответствии со ст. 20. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребёнка до 15-летнего возраста (в общей практике, т.е. за исключением наркологии, ВИЧ-инфекции и трансплантологии), а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.