Приложение 4
к Договору на оказание
платных медицинских услуг
редакция от 01.11.2024

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на медицинское вмешательство - хирургическое лечение в ООО «Аль Денте»

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____(ФИО пациента либо законного представителя), **соглашаюсь** с тем, что медицинское вмешательство пациенту _____(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона)

будет проводить врач стоматолог ООО «Аль Денте» _____

Я, как Пациент (Заказчик/Законный представитель Пациента), проинформирован(а) о поставленном диагнозе и необходимости проведения хирургического вмешательства в соответствии с утвержденным мною предполагаемым планом лечения (удаление зубов, операции в полости рта, пластика уздечек, хирургическое лечение десен, лоскутные операции и др.).

Я получила(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширения или отказ от запланированного объема). Последствиями отказа от хирургического лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, вовлечение в инфекционный процесс соседних зубов и тканей, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Я информирован (а) так же об основных преимуществах и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений.

Основные осложнения хирургического вмешательства обусловлены в первую очередь анатомо- физиологическими особенностями моего организма. Хирургическое вмешательство в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу и ментальному отверстию, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, кровотечения и гематомы.

Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области.

Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я так же информирован(а), что в ряде конкретных случаев хирургическое вмешательство является единственным способом лечения.

Я соглашаюсь с тем, что даже при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях возникают нижеперечисленные осложнения:

• Возможность болевых ощущений и кровотечения в течение послеоперационного периода;

• Возможность сохранение припухлости мягких тканей, гематомы, потеря чувствительности;

• Повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;

• Ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;

• Иные осложнения.

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния возможен в течении нескольких дней или недель, в зависимости от вида вмешательства. Часто требуется проведение дополнительного лечения для устранения последствий осложнений хирургического вмешательства.

Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа хирургического лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта. Вследствие вмешательства лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства, изменение цвета десны, губ, языка, формирование рубца.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен(а) с возможным расширением его объема и изменения в процессе проведения вмешательства по показаниям.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул.

Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в виде временной потери чувствительности в области обезболивания.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями. Введение анестетика проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечности десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше. Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях. Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима. Я информирован(а), что длительное заживление послеоперационной раны, ее возможное инфицирование, наличие после удаления зубов острых краев лунки, частичное или полное расхождение швов, раскручивание винта на имплантате или формирователя десны, сопутствующий синус-лифтингу воспалительный процесс в гайморовой пазухе, выкрашивание элементов костно-замещающих материалов из раны, прорезывание частей фиксирующих винтов, пинов и мембран, образование послеоперационных рубцов считаются особенностями проведения хирургических вмешательств и не являются существенными недостатками оказанных медицинских услуг. Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке и сроке службы овеществленных результатов хирургического вмешательства и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, связаны со случаями аллергии или индивидуальной реакции моего организма на вмешательство, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо. Я даю разрешение проводить рентгенологические исследования («прицельные» снимки радиовизиографом). Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания услуг.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял (а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе, а также систему нумерации зубов. Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных стоматологических услуг.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Подпись пациента / ФИО (либо законного представителя): _____ / /

Дата: «____» _____20__г. Врач стоматолог - _____ _____ / /

---------- либо ----------

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Подпись пациента / ФИО (либо законного представителя): _____ / /

Дата: «____» _____20__г. Врач стоматолог - _____ _____ / /