Общество с ограниченной ответственностью «ВЕРаДЕНТ»

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

(проведение терапевтического и/или эндодонтического лечения, диагностических мероприятий)

Я, гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия Имя Отчество пациента –полностью)

в соответствии с требованиями статьи №20 Федерального закона №323-ЗФ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан РФ» даю согласие на проведение терапевтического и/или эндодонтического лечения (лечения корневых каналов) следующих зубов:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и диагностические

(номера зубов)

мероприятия, осуществляемые врачем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Я получил(а) от своего лечащего врача подробное объяснение по поводу моего заболевания, поставленного диагноза и ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных и лечебных мероприятий.

Меня также проинформировали, что альтернативным методами лечения являются: удаление пораженного зуба(зубов), отсутствие лечения как такового, хирургическое вмешательство (апикальная хирургия).

Последствиями отказа от лечения могут быть: появление либо нарастание болевых ощущений, инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости, образование кисты, перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, потеря зуба(зубов), дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Лечащий врач в доступной форме объяснил мне необходимость строго следовать этапам лечения, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях:

1. Во время анестезии – аллергическая реакция ввиду не установленной ранее, индивидуальной переносимости анестетика пациентом; возникновение кровотечения, гематомы, отека, болезненности в месте проведения инъекции, повреждение нервов и сосудов, боль после анестезии. Недостаточный обезболивающий эффект может быть обусловлен индивидуальными особенностями организма.
2. При лечении несложного кариеса – возникновение чувствительности зуба от различных раздражителей, прогрессирование заболевания (переход в осложненную форму), изменение цвета пломбы при несоблюдении рекомендаций, болезненность при надкусывании на зуб, перелом стенки коронки зуба, в следствии невыполнения рекомендаций о протезировании последнего коронкой.
3. При эндодонтическом лечении – кровотечение из корневого канала, боль, покраснение и отек слизистой оболочки полости рта и мягких тканей челюстно-лицевой области во время лечения и после пломбирования коренных каналов, аллергическая реакция на материалы, применяемые для пломбирования корневых каналов, выведение избыточного пломбировочного материала за верхушку корневого канала, отлом инструмента при прохождении корневого канала, что может повлечь удаление зуба, перфорация(нарушение) целостности коронковой(корневой) части зуба, обострение хронических воспалительных процессов челюстно-лицевой области, изменение цвета зуба, удаление зуба в случае неэффективности лечения.

Меня уведомили о том, что зубной налет при неудовлетворительном уходе мной за полостью рта может привести к изменению цвета пломбировочного материала, появлению пигментации по краю пломбы.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу эндодонтического вмешательства. Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба.

Я понимаю, что при перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

* со случаями, если каналы ранее были пломбированы твердеющими препаратами, резорцин-формалиновым методом, в каналах имеются сломанные эндоинструменты, металлические и стекловолоконные штифты и вкладки;
* с наличием уже имеющейся перфорацией корней и стенок зуба;
* с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, отлом инструмента). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент отлома инструментов, перфораций и переломов корня.

Я понимаю, что возникает необходимость лечения корневых каналов зубов, покрытого одиночной коронкой либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции (например, перелом корня), либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение). При попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению.

Лечащий врач также объяснил мне необходимость обязательного постоянного восстановления после повреждения эндодонтического лечения в срок до одного месяца, в противном случае эндолеченеие может потерпеть неудачу, что может стать причиной потери зуба либо потребовать перелечивания корневых каналов.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения как в процессе лечения, так и после него и в будущем обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с лучащим врачом и зафиксированному в медицинской карте).

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого результат с действительным результатом.

Хотя предложенное лечение поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что лечение является своего рода вмешательством в мой организм и как любая другая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Зубочелюстная система в течении жизни человека подвергается инволютивному развитию, которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердых тканей зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инфолютивных процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции и замены пломбы.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, о наличии всех хронических заболеваний, данная информация занесена в медицинскую карту.

Я обязуюсь точно выполнять все рекомендации и назначения лечащего врача и понимаю, что их невыполнение может привести к серьезным осложнениям и неудаче в лечении.

Я полечил(а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих в ООО «ВЕРаДЕНТ», и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случаях несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Меня уведомили, что ООО «ВЕРаДЕНТ» не несет ответственности за оказанные стоматологические услуги в следующих случаях:

1. оказания по требованию пациента услуг, не соответствующих предложенному врачом плана лечения, о чем делается соответствующая запись в медицинской карте.
2. Возникновение аллергических реакций у пациента, не отмеченных ранее.
3. Осложнения, возникающие по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций.
4. Переделка и коррекция работ в другом лечебном заведении
5. Ремонт, порча и коррекция работы самим пациентом.
6. Истечение срока гарантии на оказанные услуги. С гарантийным сроком я ознакомлен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись пациента)

1. Иных ситуаций, предусмотренных условиями гарантии, действующими в ООО «ВЕРаДЕНТ».

Я даю разрешение делать инъекции лекарственных препаратов, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для поставки диагноза, лечения, а так же для фиксации результатов медицинского вмешательства.

Меня уведомили, что рентгеновские снимки, сделанные в ООО «ВЕРаДЕНТ», являются неотъемлемой частью медицинской карты и на руки не выдаются, что медицинская карта существует в единственном экземпляре и хранится в ООО «ВЕРаДЕНТ».

Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное лечение.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие меня вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие мня ответы. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

Я внимательно ознакомился(ась) с настоящим документом и понимаю, что он является неотъемлемой частью заключенного договора №\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг

Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информационное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Я также даю мое согласие на обработку и передачу моих персональных данных в объеме и способами указанными в п.п. 1,3 ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ от 27.07.2006г. «О персональных данных» для целей оказания мне медицинских услуг.

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись пациента) (Фамилия и инициалы пациента)

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись врача) (Фамилия и инициалы врача)

Дата: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.