***Приложение № \_\_\_\_ к договору на оказание платных медицинских услуг***

***№\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года***

***(разработано на основе Приложения N 2к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1177н, в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)***

**Информированное согласие пациента на медицинское вмешательство –**

**терапевтическая стоматологическая помощь**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ года,

|  |
| --- |
| **Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных** |
| **граждан:** Я, паспорт: |  | , выдан: |  |  |
| являюсь законным представителем **(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)** ребенка или лица, |
| признанного недееспособным: |  |  |
|  | (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения) |  |

добровольно даю информированное добровольное согласие на **терапевтическую стоматологическую помощь**, а также на виды медицинских вмешательств, включенные 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. N 390н.

 Даю согласие на оказание медицинского вмешательства в ООО «Парацельс Стома», **в условиях медицинского кабинета.**

**Стоимость услуги соответствует Прейскуранту Исполнителя и составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей.**

 **До момента начала оказания услуги, мне разъяснено и мною осознано следующее:**

Мне разъяснена информация о конкретном медицинском работнике (враче), предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу от имени Исполнителя (его профессиональном образовании и квалификации)

Я согласен (а) с тем, что используемая технология оказания данного вида платных медицинских услуг не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана качественно и с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

Я осознаю и понимаю, что для получения наилучших результатов проводимой процедуры я должен (на) соблюдать все назначения, рекомендации и советы врача (как устные, так и письменные). Я подтверждаю, что меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врачей, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

Я понимаю, что для достижения необходимого результата, возможно, потребуется неоднократные проведение данного вида процедуры (медицинского вмешательства). Мне известно, что 100%-ной гарантии хороших результатов лечения, в целом, дано быть не может.

До моего сведения доведено, что данный вид платных медицинских услуг не связан с устранением непосредственной угрозы для моей жизни, поэтому потребность в нем не является абсолютной.

Этот документ подтверждает, что я ознакомился(лась) с предлагаемым планом лечения, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) отказаться от лечения, поставив свою подпись в конце документа. Доктор поставил мне (моему представляемому) следующий диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(заполняется врачом)

 Мне известно, что вариантами стоматологического лечения являются следующие методики: **терапевтическое лечение** (лечение зубов с целью их сохранения), и **отсутствие лечения** как такового.

 В доступной форме я получил(а) информацию о том, что с учетом имеющейся у меня/моего представляемого клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений организма оптимальным, наиболее эффективным методом лечения с позиции медицинских показаний является терапевтическое лечение.

 Мне объяснено, что лечения **кариеса** заключается в удалении пораженных кариозным процессом тканей зуба, медикаментозной обработке подготовленной полости, с последующим восстановление коронки зуба пломбировочным материалом.

 Врач объяснил мне, что достоверно точно опередить объем и глубину пораженных кариесом тканей возможно только в процессе вмешательства а, следовательно, может увеличиться предполагаемый объем восстановления зуба (пломбирования, реставрации), о чем врач меня предупредит заранее, в процессе лечения.

 Также меня уведомили, что при глубоком распространении кариозного процесса - **начальном пульпите,** в пульпе (нерве) зуба определяются начальные воспалительные явления, которые в большинстве случаев являются обратимыми. Поэтому наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза при этой стадии.

 Врач объяснил мне, что целью **терапевтического лечения** является лечение зубов с целью их сохранения, купирования кариозного процесса, и как следствие, сохранение жизнеспособности пульпы (нерва) путем наложения лечебной прокладки с последующим восстановлением коронки зуба пломбой. В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба, по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, существует риск:

* воспаления пульпы зуба (необратимого),
* развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба, как в процессе, так и после постановки постоянной пломбы.

 Я информирован(а), что в этом случае за дополнительную плату, согласно действующему на момент лечения прейскуранту, будет проведено лечение корневых каналов зуба.

 Я информирован о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности, которые заключаются в применении необходимых средств диагностики (ЭОД, КТ, RVG,ОПТГ, микроскоп, внутриротовая камера), современных стандартов и технологий лечения, разрешенных сертифицированных материалов и препаратов, комплекса санитарно-эпидемиологических мероприятий.

 Мне объяснили, что установка временной пломбы на депульпированный зуб (зуб с запломбированными ранее каналами) не является конечным этапом его лечения. Я понимаю необходимость обязательного восстановления коронковой части зуба постоянной пломбой или вкладкой в течение 2 недель после проведения эндодонтического лечения и(или) необходимость покрытия такого зуба постоянной ортопедической конструкцией (коронкой) в сроки не более 1 месяца после постоянной пломбировки корневых каналов.

 В противном случае возможны такие осложнения, как:

* перелом зуба;
* откол стенки;
* трещина, что потребует по абсолютным медицинским показаниям удаления зуба.

 Я уведомлен(а), что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных (возрастных) процессов, возникает необходимость коррекции, либо переделки, корневых и коронковых пломб.

 Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после окончания лечения не является гарантийным случаем, поскольку оно является следствием индивидуальной реакцией моего организма. В этом случае переделка пломб с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно согласно действующему прейскуранту Исполнителя.

 **Последствиями отказа** от терапевтического лечения могут быть:

* прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы (нерва) зуба и окружающей корни кости;
* развитие инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис);
* перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после

проведенного эндодонтического лечения;

* прогрессирование зубоальвеолярных деформаций;
* дальнейшее снижение эффективности жевания;
* ухудшение эстетики; нарушение функции речи;
* прогрессирование заболеваний пародонта (ткани окружающие зуб);
* быстрая утрата оставшихся зубов;
* заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава;
* общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта;
* нейропатология; появление либо нарастание болевых ощущений;
* образование кисты;
* потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

 При использовании терапевтического метода лечения имеется вероятность возникновения непредвиденных обстоятельств, в связи с тем, что специфика медицинской услуги предполагает вмешательство в биологические процессы, не контролируемые в 100% случаев волей человека и не изученные окончательно современной медицинской наукой.

 Я уведомлен(а), что с учетом имеющейся у меня/моего представляемого клинической ситуации перед началом лечения зубов показана профессиональная гигиена, целью которой является удаление микроорганизмов, находящихся на деснах, в зубном налете, зубном камне, в остатках пищи под зубными протезами (мостами) и нависающими краями пломб.

 Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

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

 Я информирован(а) о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности.

 Я информирован(а), что клиника оснащена всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи.

 Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантомограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен (а) на их проведение.

 Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

 Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

 Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского специалиста, участие которого в моем (моего представляемого) лечении будет необходимо. Я понимаю, что невозможно точно установить сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека, и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания медицинской помощи.

 Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего(моего представляемого) организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

 Я информирован(а), что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого терапевтического лечения.

 Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня(представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

 Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на терапевтическое лечение и ознакомлен(а) с условиями предоставлении гарантии (Положение о гарантиях), которые обязуюсь соблюдать.

 Я сообщил (а) информацию обо всех имевших место случаях аллергических или необычных (парадоксальных) реакций на медикаментозные препараты, анестетики, пищевые продукты, предметы бытовой химии, косметические и другие средства.

 Я сообщил (а) информацию о ранее перенесенных мной заболеваниях и принимаемых/применяемых мною медикаментах, лекарственных средствах и т.п. Я сообщил (а), что не состою на диспансерном учете у специалистов, и другие сведения, запрашиваемые врачом.

Я разрешаю делать фотографии и использовать их для оценки эффективности проводимых процедур, также я разрешаю использовать данные фотографии в образовательном процессе, профессиональных публикациях и в коммерческих целях при условии, что меня невозможно будет опознать на данных фотографиях.

Я удостоверяю, что ознакомился (ась) с вышеперечисленным. Понял(а) и согласен(на) на проведение данного вида платных медицинских услуг. Полученные объяснения врача мне понятны и меня удовлетворяют. Со мою были обсуждены все правила, которых надо придерживаться до и после процедуры. Мне была разъяснена сущность процедуры, ее потенциальная польза и факторы риска. На все мои вопросы я получил(а) ответ.

Я даю добровольное согласие на проведение предложенных процедур.

Подпись потребителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

 (подпись) (ФИО полностью)

Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

  (подпись) (расшифровка подписи)