***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 –**

**хирургическую 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 **хирургическую 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:  **хирургическое** лечение (комплекс мероприятий, направленных на сохранение зубов, а так же удаление зубов),  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 **хирургическое** лечение:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(метод хирургического лечения, заполняется врачом).

Я информирован(на), что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции, его расширение, уменьшение или отказ от запланированного плана и объема.

Мне объяснены в доступной форме существующие методы хирургического лечения и их суть, а именно:

- удаление зуба, которое заключается в последовательном обезболивании, извлечении зуба хирургическим инструментом, кюретаже (механическая чистка лунки зуба), последующей обработки операционной раны, наложении швов по показаниям, применении лечебных и (или) костнопластических материалов в области проведенной манипуляции по показаниям;

- резекция верхушки корня, ампутация, гемисекция корня, коронаро-радикулярной сепарации, заключающиеся в последовательном обезболивании, отслоении (отбрасывании) мягких тканей, проведение (специальными инструментами) разреза в определенной части корня с последующим удалением отсеченной части, последующей обработки операционной раны, наложении швов по показаниям, применении лечебных и(или) костнопластических материалов в области проведенной манипуляции по показаниям;

- иссечение слизистого капюшона, затрудняющего прорезывание третьих моляров, которое заключается в последовательном обезболивании, иссечении мягких тканей десны, мед. обработке краев операционной раны;

- вскрытие поднадкостничного абсцесса, которое заключается в последовательном обезболивании, разрезе мягких тканей и надкостницы, эвакуации гноя, медицинской обработке хирургической раны, дренировании раны;

- удлинение коронковой части, которая заключается в последовательном обезболивании, разрезе мягких тканей и отбрасывании лоскута, удалением при необходимости, незначительной части костной ткани с последующим размещением лоскута в новом положении. В результате чего, разрушенная часть корня оказывается над поверхностью десен и становится возможным проведение манипуляций по восстановлению твердых тканей зуба;

- пластика уздечки (языка, десны), которая заключается в последовательном обезболивании, разрезе мягких тканей десны, отслоении и перемещении слизистого лоскута, наложении швов. По показаниям возможно применение диодного лазера (д.в. 280НМ);

- удаление новообразований, которое заключается в последовательном обезболивании, иссечении новообразования, пластики образовавшегося дефекта, наложении швов. По показаниям возможно применение диодного лазера(д.в. 280НМ).

Я информирован(а) о вероятности возникновения во время проведения хирургической манипуляции и после, по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, таких осложнений как:

· болевые ощущения в области манипуляции;

· кровотечение;

· гематома;

· сохранения и увеличения припухлости, отека мягких тканей;

· альвеолит (воспаление лунки удаленного зуба вследствие вымывания кровяного сгустка);

· повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;

· ограничение открывания рта;

· увеличение лимфатических узлов;

· возникновение онемения в области оперативного вмешательства;

· формирование рубца в области оперативного вмешательства;

· перфорация гайморовой пазухи с развитием в последствии синусита (воспаление околоносовых пазух) при хирургическом лечении в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, обусловленная анатомо-физиологическими особенностями человека;

· проникновение фрагмента корня в гайморову пазуху с развитием в последствии синусита (воспаление околоносовых пазух) при хирургическом лечении в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, обусловленная анатомо-физиологическими особенностями человека;

· онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, при хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, обусловленные анатомо- физиологическими особенностями человека;

· отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта;

· осложнения оперативного лечения, обусловленные наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области;

· возникновение воспалительных, инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис), которые потребуют госпитализации в стационар.

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течении нескольких дней, в зависимости от вида и объема хирургического вмешательства.

Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта не прогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта платно по прейскуранту на момент вмешательства.

Последствиями отказа от хирургического лечения могут быть:

- обострение и прогрессирование настоящего заболевания;

- появление, отека, боли, температуры;

- увеличение очага деструкции костной ткани и(или) значительную убыль костной ткани зубочелюстного сегмента, что впоследствии потребует проведения операции по восстановлению костной ткани перед протезированием или имплантацией;

- возникновение воспалительных, инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис), которые потребуют госпитализации в стационар, что в итоге может неблагоприятно повлиять на мое (моего представляемого) здоровье, ухудшить качество жизни.

Я понимаю, что определить промежуток времени возникновения данных осложнений не представляется возможным в связи с тем, что биологические процессы, не подконтрольны в 100% случаев воле человека, и зависят от индивидуальных особенностей моего организма, клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений.

Мне доступно разъяснены возможные отрицательные последствия отказа от данного медицинского вмешательства, и Я полностью понимаю все возможные последствия такого отказа, исходящего от меня, если лечение не будет проведено.

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 предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение данного анестезиологического медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода в виде летального.

Я информирован(а) о том, что в этих случаях, при моем правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Т.к. в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право пациента на гуманное отношения при оказании медицинской помощи (часть 5 статьи 19 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

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, 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 стоматологические услуги и ознакомлен(а) с условиями предоставлении гарантии (Положение о гарантиях), которые обязуюсь соблюдать.

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом, являющимся приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг и неотъемлемой частью амбулаторной карты.

  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)