

Информированное добровольное согласие на хирургическое медицинское вмешательство для установки имплантата

В соответствии со статьями 13, 19, 20, 22 ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" №323-ФЗ, я _____, дата рождения _____, зарегистрированный(-ая) по адресу: _____,

являясь Пациентом в ответ на понятно и доступно полученную мной информацию, касающуюся состояния моего здоровья и предложенного пути решения моих медицинских проблем, заполнением этой формы соглашаюсь на медицинское вмешательство медицинским работником: стоматологии ДИ-СТОМ, (далее - Клиника): ООО «ДИ-СТОМ», даю добровольное согласие на хирургическое медицинское вмешательство а именно: проведение хирургической операции по установке имплантата(ов) типа _____,

а также добровольно даю свое согласие на проведение мне (Пациенту) следующего вида обезболивания, возможности изменений анестезиологической тактики _____.

Доктор поставил мне диагноз: _____ и проинформировал меня о необходимости хирургической операции по установке имплантата.

Со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе медицинского вмешательства, план лечения, оказание неотложной помощи при необходимости.

Я подтверждаю, что для принятия решения о Согласии я:

- имел(-а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(-ла) исчерпывающие ответы, разъяснения;
- достаточно информирован(-а) о других альтернативных способах решения моих медицинских проблем (в том числе, без применения анестезии), а также о лечебных учреждениях, где они применяются. В частности, альтернативными методами лечения являются: _____;

- имел(-а) достаточно возможностей для независимого поиска и получения необходимой информации, а также ее анализа и сравнения;
- все перенесенные и сопутствующие заболевания, все случаи аллергии к медикаментозным препаратам, сведения об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов (как в прошлом так и в настоящее время), обо всех перенесенных Пациентом в детстве и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на Пациента во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, правдиво изложил(-а) в анкете, подписанной мною собственноручно, находящейся в моей медицинской карте, так как понимаю, что результат моего лечения зависит в том числе и от моего исходного состояния здоровья, а также анатомических и физиологических особенностей моего организма;
- предупрежден(-а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах анестезиологического обеспечения, о факторах риска и понимаю, что проведение анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечно – сосудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, возможность появления тошноты, рвоты, слабости в нижних конечностях, психо-моторное возбуждение, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода; - понимаю, что возможными осложнениями под влиянием анестезии являются: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции. Поскольку после анестезии чувствительность тканей значительно снижена, Пациент может накусать щеки, губы;
- подтверждаю, что возможный вред от анестезии для меня менее значим, чем обстоятельства, которые побудили меня согласиться на анестезию;
- знаю, что последствиями полного или частичного отказа от данного медицинского вмешательства могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; нарушения общего состояния организма.
- понимаю и согласен(-на), что Клиника не может нести ответственность за качество ранее проведенного лечения в других медицинских учреждениях и возникновение медицинских осложнений, связанных с обострением уже имеющихся хронических воспалительных процессов при перелечивании;
- знаю, что не существует абсолютно безопасных медицинских вмешательств и любое медицинское воздействие на человека вызывает ответные реакции его организма, которые иногда могут быть атипичными и непредсказуемыми. И я понимаю, что медицинские специалисты примут все возможные меры по предупреждению угрозы моей жизни и причинения вреда моему здоровью;
- понял(-а) все возможные исходы хирургического лечения, а также возможный среднестатистический процент восстановления. Я согласен(-на), что никто не может предсказать точный результат планируемой операции, и данная операция имеет высокую степень риска;
- понял(-а) объясненные мне возможные осложнения, которые могут произойти:

1. в процессе лечения – дискомфорт, боль, натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием, открытие гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции, не входящей в стоимость данной процедуры;
2. после лечения – кровотечение, инфекция, требующая дополнительного лечения; ограничение открывания рта, повышение температуры тела, отёк мягких тканей лица, в течение 3-4 дней. После прекращения действия анестезии в течении нескольких часов боль в области раны.

- подтверждаю, что возможный вред от медицинских вмешательств для меня менее значим, чем обстоятельства, которые побудили меня согласиться на эти медицинские вмешательства. Понимая сущность предложенного медицинского вмешательства и уникальность собственного организма, я согласен(-на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого медицинского вмешательства. Я понимаю, что в этой части мне не были даны какие-либо гарантии или заверения, кроме гарантии качества медицинского вмешательства. Я полагаю, что в моих интересах приступить к лечению: проведению операции имплантации;

- понимаю необходимость рентгенологического контроля до операции, после операции и во время проведения контрольных осмотров, а также необходимость обязательного восстановления зубных рядов протезами. Я знаю, что в случае неудачи операции с последующим отторжением (удалением) имплантата все денежные средства, оплаченные мною за операцию и изготовление зубных протезов, остаются в ДИ-СТОМ, и я не имею права требовать их возврата или компенсацию.

Мне сообщено и понятно, что:

- я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств,
- диагноз может уточняться в процессе лечения вследствие сопутствующих обстоятельств или появления противопоказаний;
- намеченный план лечения может быть скорректирован в зависимости от индивидуальной ситуации (в связи с чем общая стоимость Услуги может быть увеличена), о чем меня уведомит врач;
- мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств,
- отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья,
- существует риск, связанный с медицинским вмешательством, возможные осложнения, а именно: боль, отек, возможно онемение губы, подбородка, языка, аллергические реакции, ограничение открывания рта, инфекция или изменения цвета слизистой оболочки полости рта и десен, что может потребовать дополнительного лечения; возможны «не приживление» (отторжение) имплантата или увеличение продолжительности процесса заживления десны, возможная резорбция кости, перелом кости, воспаление десны.
- существуют возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно (помимо последствий, указанных в аннотации к соответствующему лекарственному средству): аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры, обострение хронических заболеваний ЖКТ;
- для эффективности медицинского вмешательства могут понадобиться обследования: получение ортопантомограммы, прицельного рентгеновского снимка, компьютерной томографии, консультация стоматолога иного профиля, консультация у врача общего медицинского профиля, у иного специалиста, в том числе в другой медицинской организации, либо может возникнуть необходимость иных видов медицинского вмешательства, что повлечет за собой возможное изменение плана лечения и стоимости лечения,
- условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендаций по уходу за полостью рта и результатом полученной мною медицинской Услуги, выданных мне врачом.

Я имел(-а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(-а) на них исчерпывающие ответы, мое согласие является компетентным, добровольным, основанным на понятной для меня информации.

С прейскурантом цен на оказание услуг и условиями предоставления гарантийных обязательств ознакомлен(-а) и согласен(-а).

Даю согласие на предоставление сведений относительно состояния моего здоровья, диагноза, плана и результатов обследования и лечения, осложнениях, а также иные сведения, связанные с лечением, следующим лицам:

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом, понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия, и принимаю решение приступить к лечению, а также добровольно даю свое согласие на проведение Пациенту анестезиологического обеспечения медицинского вмешательства в предложенном объеме.

Подпись Пациента: _____/_____

_____ Г.

Подпись Врача: _____/_____

_____ Г.