

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «Закон 323-ФЗ»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:
УДАЛЕНИЕ ВРЕМЕННОГО (МОЛОЧНОГО) ЗУБА**

Я, _____

Ф.И.О. взрослого пациента

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан.

Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____, являясь законным представителем
(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в **ООО «КораллДент»** (ОГРН 1183025003776), далее именуемое – «Исполнитель», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **на удаление временного (молочного) зуба.**

Я получил(а) от врача _____ всю интересующую

ФИО врача

меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве.

Я получил(а) подробные разъяснения по поводу заболевания ребенка, предварительного плана лечения и необходимости проведения операции удаления молочных зубов _____.

(какой зуб, зубы)

Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении.

Врач внимательно осмотрел ребенка и разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске удаления зуба, включая вероятность осложнений, сопутствующих подобным операциям, методам анестезии, приему лекарств.

Я понимаю, что раннее удаление молочных зубов должно проводиться только в крайних случаях, так как это может привести к затруднению прорезывания основного зуба и риску развития неправильного прикуса в будущем.

Я понимаю, что риск неудаления зуба (зубов) может привести к таким осложнениям как киста или гранулема на корне молочного зуба; воспаление тройничного или нижнечелюстного нерва, на фоне воспаления молочного зуба; сильное разрушение коронки молочного зуба и невозможность восстановления зуба, которые гораздо опаснее, чем раннее удаление зуба.

Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я соглашаюсь с тем, что в данном случае удаление зуба является единственным способом лечения.

Я соглашаюсь с тем, что во время операции и в послеоперационном периоде может появиться:

- возможность болевых ощущений в течение послеоперационного периода;
- возможность припухлости мягких тканей;
- повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
- ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов.

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течении нескольких дней.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций, в том числе совместно с медицинской седацией. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. 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 зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.

Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

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 моего ребенка заболеваниях. Я подтверждаю, что в Анкете назвал(а) все известные имеющиеся у ребенка болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья своего ребенка.

Я информирован(а) о необходимости в течении 24 часов после операции соблюдать ограничения: не жевать на стороне удаленного зуба, соблюдать щадящую (жидкую) диету и гигиену полости рта. Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение моему ребенку.

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. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгеновского обследования. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Я соглашаюсь, что ожидаемый результат лечения не гарантирован, однако гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

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

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения хирургической операции на предложенных условиях моему ребенку, о чем расписываюсь собственноручно.

Пациент/Законный представитель: _____ / _____ /

Врач: _____ / _____ /

Дата: {ДатаПолная}