

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №2»
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

ПРИКАЗ

«10» 03 2011 г.

№ 88-14

г. Краснодар

**Об утверждении форм информированных согласий,
необходимых для получения медицинских услуг
в ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 2» МЗ КК**

В целях исполнения требований Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» и иных норм гражданского законодательства Российской Федерации и Краснодарского края,

приказываю:

1. Утвердить следующие формы информированных согласий пациентов ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 2» МЗ КК:

1.1. Согласие на обработку персональных данных. Приложение № 1

1.2. Согласие на оказание медицинской(их) услуг(и) на платной (возмездной) основе. Приложение № 2

1.3. Информированное добровольное согласие 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 (при первичном обращении в учреждение). Приложение № 3

1.4. Информированные добровольные согласия на самостоятельных бланках – на ортопедическое лечение, на терапевтическое лечение, на хирургическое лечение независимо от вида финансирования (ОМС, платные, ДМС). Приложение № 4

2. Медицинским регистраторам регистратуры учреждения вменить в обязанность заполнение информированных согласий пациентов в соответствии с Приложениями № 1 к настоящему приказу.

3. Врачам-стоматологам, врачам-стоматологам-терапевтам, врачам-стоматологам-хирургам кабинета хирургической стоматологии лечебно-

профилактического отделения, врачам-стоматологам-ортопедам отделения ортопедической стоматологии вменить в обязанность заполнение информированных согласий пациентов в соответствии с Приложениями №№ 2, 3, 4 к настоящему приказу .

4. Главной медицинской сестре общеполиклинического медицинского персонала, заведующему лечебно-профилактическим отделением, заведующему отделением ортопедической стоматологии, заведующему кабинетом хирургической стоматологии довести настоящий приказ до сведения сотрудников под роспись.

5. Настоящий приказ вступает в силу со дня его издания.

6. Ответственность за исполнение настоящего приказа возложить на лиц, занимающих должности, указанные в п.2 и п.3, и на персонально указанных в п.4 настоящего приказа.

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя главного врача по медицинской части.

Главный врач

В.Н. Жигаленко

Согласовано:

Заместитель главного врача
по медицинской части

Н.А. Омельяненко

Заведующий лечебно-профилактическим
отделением

А.И. Леонова

Заведующий отделением
ортопедической стоматологии

О.М. Рындиной-Левина

Заведующий кабинетом хирургической
стоматологии

М.П. Трахов

Главная медицинская сестра

Е.В. Хвостенко

Начальник отдела кадров

О.А. Токарева

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
(при оказании услуг в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС))

Я, нижеподписавший(ая)ся _____,
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____ г., в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в государственном автономном учреждении здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 2» министерства здравоохранения Краснодарского края (ГАУЗ «Стоматологическая Поликлиника № 2» МЗ КК) адрес: 350065, г. Краснодар, ул. Гидростроителей, 34 (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), паспортные данные (серия, №, кем и когда выдан), реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Представляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией, территориальным фондом ОМС и иными учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения РФ, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицами, обязанными сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ г. и действует бессрочно.
(указать дату)

Я оставляю за собой право отзоваться свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под роспись представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный(е) телефон(ы) _____

и почтовый адрес _____

Подпись субъекта персональных данных / /
(подпись) (фамилия, инициалы)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ
(при оказании услуг на платной/возмездной основе)

Я, нижеподписавший(ая)ся

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____ г., в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в государственном автономном учреждении здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 2» министерства здравоохранения Краснодарского края (ГАУЗ «Стоматологическая Поликлиника № 2» МЗ КК) адрес: 350065, г. Краснодар, ул. Гидростроителей, 34 (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), паспортные данные (серия, №, кем и когда выдан), в случае оказания услуг по полису добровольного медицинского страхования (ДМС) реквизиты полиса (иного документа подтверждающего наличие договорных отношений со страховой организацией функционирующей в сфере здравоохранения), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Представляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов), в том числе, по договорам ДМС. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и иными учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения РФ, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицами, обязанными сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ г. и действует бессрочно.

(указать дату)

Я оставляю за собой право отзоваться свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под роспись представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный(е) телефон(ы) _____

и почтовый адрес _____ / _____ /

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____ /

(подпись)

(фамилия, инициалы)

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____ / _____

(фамилия, инициалы)

(подпись)

Приложение № 2
Приказ № от _____

Согласие на оказание медицинской(их) услуг(и) на платной (возмездной) основе

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента)

в целях получения медицинской(их) услуг(и), с использованием материалов/ медикаментов/технологий и объеме не предусмотренных Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Краснодарском крае (Территориальная программа) и Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (Программа), подтверждаю свое намерение/согласие на получение медицинской(их) услуг(и) в государственном автономном учреждении здравоохранения «Стоматологическая Поликлиника № 2» министерства здравоохранения Краснодарского края (ГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №2» МЗ КК) исключительно на платной (возмездной основе), с момента начала предоставления медицинской услуги до момента ее завершения.

Контактный(е) телефон(ы) _____

и почтовый адрес _____

Подпись пациента: « ____ » 20 ____ г. _____ / _____ / _____
(дата) (подпись) (фамилия, инициалы)

**Информированное добровольное согласие 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**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

“ ” г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя
гражданина)

(подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

" " Г.
(дата оформления)

Приложение № 4
Приказ № от _____

**Информированное добровольное согласие
на проведение терапевтического стоматологического лечения**

1. Я, ФИО пациента (законного представителя), дата рождения пациента (законного представителя) с моего согласия, подробно, достоверно и в доступной для меня форме проинформирован лечащим врачом о состоянии моего (представляемого мной)

ФИО представляемого мной пациента, дата рождения пациента стоматологического здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания(ий), диагнозе, прогнозе и методах лечения (медикаментозного, терапевтического, хирургического, ортопедического), связанном с ним риске, а также последствиях отказа от медицинского вмешательства.

2. Мне разъяснено, что я должен поставить врачей в известность обо всех моих (представляемого мной лица) проблемах со здоровьем, аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарств, курении, злоупотреблении алкогольными или наркотическими препаратами, обо всех перенесенных травмах, операциях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на мой (представляемого мной лица) организм. Заблаговременно, до начала лечения, я поставил(а) в известность врача о наличии / отсутствии (ненужное зачеркнуть) следующих инфекционных заболеваний: гепатита В, С, D, G, ВИЧ-инфекции, туберкулеза

3. Я проинформирован(а) о необходимости лечения зубов _____, я понимаю цель и суть данного лечения. Я получил(а) полную информацию об альтернативном методе лечения, состоящем в удалении пораженного зуба(ов), а также о последствиях отказа от медицинского вмешательства.

Доктор поставил мне следующий диагноз: _____.

4. Последствиями отказа от лечения, в частности от лечения корневых каналов зуба, могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; проявление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба временного и зачатка постоянного, а также системные проявления заболевания.

5. Мне разъяснено право на самостоятельный выбор лечащего врача, с учетом его согласия.

6. Я ознакомлен(а) с планом лечения, получил(а) подробные объяснения по программе лечения, по срокам лечения, предупрежден(а) о всех возможных рисках и осложнениях, которые могут произойти во время лечения корневых каналов:

- имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения, в результате чего может потребоваться перелечивание корневых каналов или применение периапикальной хирургии или удаление зуба;

- во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба;

- мне известно, что при перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается.

7. Я согласен(а), что в период лечения ситуация может измениться и доверяю врачу действовать согласно его решения.

8. Я добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям лечащего врача, регулярно принимать назначенные им препараты, согласен(а) приходить на контрольные осмотры.

9. Я осознаю свою ответственность в информировании врача по поводу проблем, возникших в процессе подготовки к лечению, лечения или по его окончанию, для того, чтобы свести проблему к минимуму, а также немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом приём любых не прописанных мне им препаратов (например, от головной боли, гриппа и т.д.).

10. Я осознаю ответственность за сохранение своего здоровья и обязуюсь соблюдать правила личной гигиены полости рта при лечении, согласен(а) 2 раза в год или с иной периодичностью, указанной лечащим врачом, являться на профилактические осмотры.

11. Мне разъяснено и понятно, что в результате проведения анестезии и приема лекарственных средств возможны следующие осложнения: аллергические реакции; вегето-сосудистые реакции (обморок, коллапс);

гематомы; травматические повреждения и др. (в процессе лечения зубов возможна травма бором слизистой оболочки щеки, языка, десны и химический ожог медикаментами при сопротивлении лечению).

12. Я осведомлен(а) и понимаю, что эндодонтическая терапия является биологической процедурой и не может иметь стопроцентного клинического успеха. Я пришел(а) к выводу, что в моих интересах необходимо незамедлительно приступить к лечению зубов.

13. Я предупрежден(а) о возможности возникновения осложнений в связи с проводимыми манипуляциями вследствие наличия у меня заболеваний полости рта или челюстно-лицевой области, наличием сопутствующих заболеваний, а также в связи с индивидуальными особенностями организма:

- гематома, парез, контрактура жевательной мускулатуры, парестезия (онемение) после проведенной инъекции;
- постпломбировочные боли при накусывании;
- отек мягких тканей;
- возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие зуба при эндодонтическом лечении зуба;
- отлом эндодонтического инструмента в корневых каналах;
- появление околокорневых изменений после пломбировки корневых каналов с плохой проходимостью;
- откол коронковой части зуба при наличии значительного разрушения твердых тканей;
- травма слизистой или мягких тканей полости рта при непроизвольных движениях пациента.

Я предупрежден(а), что в ходе лечения может возникнуть необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зуба, удаление зуба, если лечение не дало положительного результата.

14. Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и даю согласие на рентгенологическое обследование.

15. Я разрешаю использовать фотографии моих зубов и полости рта без указания моих ФИО.

16. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть, указать их ФИО и контактный телефон):

17. Я проинформирован(а) о необходимости выполнения врачебных рекомендаций по уходу за полостью рта после проведенных манипуляций. При несоблюдении рекомендаций врача и при употреблении в первые сутки пищи, содержащей красящие вещества, возможно изменение цвета пломбы.

18. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с п.1 ст. 27 Федерального закона №323-ФЗ от 21 ноября 2011 г.«Об основах охраны здоровья граждан в РФ» граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья и о том, что в соответствии с п.1 ст.20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина (его законного представителя) на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

19. Мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, я согласен(а) с назначенными мне условиями его проведения. Я понимаю, что согласие влечёт для меня правовые последствия. Я подтверждаю, что, находясь в здравом уме и твердой памяти, прочитал(а) и осознанно даю согласие на терапевтическое стоматологическое лечение. На все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения мне были даны исчерпывающие ответы и разъяснения. Я согласен приступить к лечению на предложенных мне условиях.

Пациент (законный представитель)

_____. _____.20 ____ г.

(подпись)

(ФИО)

Врач

_____. _____.20 ____ г.

(подпись)

(ФИО)

**Информированное добровольное согласие
на проведение хирургического стоматологического лечения**

1. Я,

ФИО пациента (законного представителя), дата рождения пациента (законного представителя)
с моего согласия, подробно, достоверно и в доступной для меня форме проинформирован лечащим врачом о состоянии моего (представляемого мной)

ФИО представляемого мной пациента, дата рождения пациента

стоматологического здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания(ий), диагнозе, прогнозе и методах лечения (медикаментозного, терапевтического, хирургического, ортопедического), связанном с ним риске, а также последствиях отказа от медицинского вмешательства.

2. Мне разъяснено, что я должен поставить врачей в известность обо всех моих (представляемого мной лица) проблемах со здоровьем, аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарств, курении, злоупотреблении алкогольными или наркотическими препаратами, обо всех перенесенных травмах, операциях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на мой (представляемого мной лица) организм. Заблаговременно, до начала лечения, я поставил(а) в известность врача о наличии / отсутствии (**ненужное зачеркнуть**) следующих инфекционных заболеваний: гепатита В, С, D, G, ВИЧ-инфекции, туберкулеза,

3. Я проинформирован(а) о необходимости проведения хирургической операции:

Я понимаю цель и суть данной процедуры. Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно моего (представляемого мной лица) заболевания и лечения. Все положения врачом мне разъяснены и понятны. Я пришел(а) к выводу, что в моих (представляемого мной лица) интересах необходимо проведение данной хирургической операции.

4. Последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, обострение системных заболеваний организма.

5. Мне разъяснено право на самостоятельный выбор лечащего врача, с учетом его согласия.

6. Я ознакомлен(а) с планом лечения, получил(а) подробные объяснения по программе лечения, по срокам лечения, предупрежден(а) о всех возможных рисках и осложнениях, которые могут произойти во время хирургической операции, а также при проведении анестезии и при приеме лекарственных средств.

7. Я согласен(а), что во время обследования и операции ситуация может измениться, и доверяю врачу действовать согласно его решения.

8. В постоперационный период я добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям лечащего врача, регулярно принимать назначенные им препараты, выражая своё согласие приходить на контрольные осмотры, назначаемые врачом.

9. Я осознаю свою ответственность в информировании врача по поводу проблем, возникших в процессе подготовки к лечению, лечения или по его окончанию, для того, чтобы свести проблему к минимуму, а также немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом приём любых не прописанных мне им препаратов (например, от головной боли, от гриппа и т.д.).

10. Я понимаю, что после операции могут возникнуть болевые ощущения, припухлость мягких тканей, повышение температуры тела, возможно онемение губы, подбородка, языка, аллергические реакции, явления гайморита, ограничение открывания рта и т.д. Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения, включая возможные осложнения:

- повреждение коронковой части соседних зубов;
- повреждение ортопедических и ортодонтических конструкций полости рта;
- гематомы и боли в области проведения анестезии;
- лунечковые боли после удаления зуба и альвеолит в области удаленного зуба;
- кровотечения после удаления зуба, вскрытие и дренирование гнойных очагов;
- парестезия в области нижней и/или верхней губы и языка;
- возникновение сообщения между полостью рта и воздухоносными пазухами верхней челюсти;
- появление отека мягких тканей и/или увеличение имеющегося отека после хирургических манипуляций;
- возникновение контрактуры жевательных мышц;
- возникновение болей при глотании и повышение температуры тела после хирургической операции;
- возникновение местных и общих аллергических реакций и др.

11. Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и даю согласие на рентгенологическое обследование.

12. Я разрешаю использовать фотографии моих зубов и полости рта без указания моих ФИО.

13. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть, указать их ФИО и контактный телефон):

14. Я проинформирован(а) о необходимости выполнения врачебных рекомендаций по уходу за полостью рта после проведенных медицинских манипуляций.

15. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с п. 1 ст. 27 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья и о том, что в соответствии с п.1 ст.20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина (его законного представителя) на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи..

16. Мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, я согласен(а) с назначенными мне условиями его проведения. Я понимаю, что согласие влечёт для меня правовые последствия. Я подтверждаю, что, находясь в здравом уме и твердой памяти, прочитал(а) и осознанно даю согласие на хирургическое стоматологическое лечение. На все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения мне были даны исчерпывающие ответы и разъяснения. Я согласен приступить к лечению на предложенных мне условиях.

Пациент (законный представитель)

_____. _____.20 ____ г.

(подпись)

(ФИО)

Врач

_____. _____.20 ____ г.

(подпись)

(ФИО)

Информированное добровольное согласие на проведение ортопедического стоматологического лечения

1. Я, _____,
ФИО пациента (законного представителя), дата рождения пациента (законного представителя),
с моего согласия, подробно, достоверной в доступной для меня форме проинформирован лечащим врачом о
состоянии моего _____ (представляемого) _____ (представляемого мной)

ФИО представляемого мной пациента, дата рождения пациента
стоматологического здоровья, получил(а) полную, достоверную и достаточную информацию о прогнозе и методах ортопедического лечения имеющейся у меня патологии зубочелюстной системы, связанном с этим риске, а также последствиях отказа от медицинского вмешательства.

2. Мне разъяснено, что я должен поставить врачей в известность обо всех моих (представляемого мной лица) проблемах со здоровьем, аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарств, курении, злоупотреблении алкогольными или наркотическими препаратами, обо всех перенесенных травмах, операциях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на мой (представляемого мной лица) организм. Заблаговременно, до начала лечения, я поставил(а) в известность врача о наличии/ отсутствии(**ненужное зачеркнуть**) следующих инфекционных заболеваний: гепатита В, С, D, G, ВИЧ-инфекции, туберкулеза,

3. Врач исчерпывающе обосновал и объяснил мне необходимость проведения ортопедического лечения, я понимаю, что протезирование – это этап лечения, для которого может потребоваться проведение предварительной специализированной терапевтической, хирургической и ортодонтической подготовки (депульпирование, избирательное сошлифование зубов, коррекция прикуса, лечение пародонтоза мышц, височно-нижнечелюстных суставов, коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, уздечек, пародонтологическое лечение и др.).

4. Мне сообщена и разъяснена врачом и понятна информация о цели и сути лечения: диагноз, допустимость уточнения диагноза (показаний к протезированию) в процессе лечения, индивидуальный рекомендованный план ортопедического лечения и подготовки к нему, допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от сложившейся в процессе лечения ситуации, возможные альтернативные варианты протезирования, возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения (перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведения эндодонтического лечения) прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функций, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология и др.), возможные осложнения на разных этапах протезирования: под влиянием анестезии - отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции, при приеме анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения) - аллергические реакции, изменение витамина иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры, при снятии старых ортопедических конструкций - перелом опорного зуба, повреждения мягких тканей полости рта, повреждение ортопедической конструкции, невозможность её повторной фиксации, при получении отгиков - рвотный рефлекс, аспирация материала с возможным риском асфиксии, экстракция зубов с патологической подвижностью, расцементировка старых конструкций, аллергическая реакция на конструктивные материалы и анестетики, после постановки протезов - перелом конструкций при ненадлежащем использовании, расцементировка конструкций нестабильность цвета конструкций на основе полимерных материалов, (при необходимости дополнить):

, необходимость через некоторое время провести коррекцию либо переделку протеза по причинам, не зависящим от работы врача, обусловленным неизбежными изменениями в полости рта - опущение и изменение формы десны, атрофия костной ткани челюсти, дисфункция ВНЧС, стираемость поверхности зубов (время коррекции или переделки протеза зависит от скорости изменений в полости рта конкретного пациента), связанные, в т.ч. с возрастными изменениями, обострение общего заболевания.

5. Мне разъяснено право на самостоятельный выбор лечащего врача, с учетом его согласия.
6. Мне сообщена, разъяснена врачом и полностью понятна информация о гарантиях.
7. Мне названы и со мной согласованы: технология, методы и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения; стоимость отдельных этапов и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. В случае увеличения объема работ и/или повышения стоимости врач предупредит и обоснует это.
8. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования: ортопантомограмма, прицельный снимок, консультации стоматологов иного профиля и врачей общего медицинской профиля.
9. Для поддержания конструкций в адекватном состоянии я обязуюсь 2 раза в год или с иной периодичностью, указанной мне лечащим врачом, являться на контрольные профилактические осмотры, и, при необходимости, проходить профессиональную гигиеническую чистку.
10. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения. Я получил(а) полную информацию об альтернативных методах лечения и имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно моего лечения. Я пришел(а) к выводу, что мне (представляемому мной лицу) необходимо проведение ортопедического лечения.
11. Я ознакомлен(а) с планом лечения, получил(а) подробные объяснения по программе лечения, по срокам лечения, предупрежден(а), что в период проведения манипуляций в полости рта (анестезии, обработки зубов, снятии оттисков, корректировке прикуса), возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, что может привести к онемению языка, губ, болезненности, дискомфорту, нарушению функций глотания, жевания и речи. При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых, является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта. При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройствах могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, поломок протезов и т.д.
12. Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функций речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

13. Я добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям лечащего врача. Врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования и соблюдать сроки каждого из них во избежании переделки ортопедической конструкции.

14. Я осознаю свою ответственность в информировании врача по поводу проблем, возникших в процессе подготовки к лечению, лечения или по его окончанию, для того, чтобы свести проблему к минимуму, а также немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом приём любых не прописанных мне им препаратов (например, от головной боли, от гриппа и т.д.).

15. Я поставлен(а) в известность о том, что при выявлении скрытых технологических дефектов увеличиваются сроки изготовления протеза, а в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза не за счет пациента.

16. Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и даю согласие на рентгенологическое обследование.

17. Я разрешаю использовать фотографии моих зубов и полости рта без указания моих ФИО.

18. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (**ненужное зачеркнуть, указать их ФИО и контактный телефон**):

19. Я проинформирован(а) о необходимости и обязательности выполнения всех врачебных рекомендаций по уходу за полостью рта и ортопедическими конструкциями после проведенных манипуляций.

20. Я проинформирован(а) о том, что в соответствии с п. 1 ст. 27 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья и о том, что в соответствии с п. 1 ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина (его законного представителя) на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

21. Мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, я согласен(а) с назначенными мне условиями его проведения. Я понимаю, что согласие влечёт для меня правовые последствия. Я подтверждаю, что, находясь в здравом уме и твердой памяти, прочитал(а) и осознанно даю согласие на ортопедическое стоматологическое лечение. На все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения мне были даны исчерпывающие ответы и разъяснения. Я согласен приступить к лечению на предложенных мне условиях.

Пациент (законный представитель)

_____. _____.20 ____ г.

(подпись)

(ФИО)

Врач

_____. _____.20 ____ г.

(подпись)

(ФИО)