

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на получение платных медицинских услуг
в ООО «ВиваДент»

г. Саратов

« ____ » _____ 20__ г.

Я, _____

(Ф.И.О пациента полностью)

Дата рождения: « ____ » _____ г.

Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

« ____ » _____ 202__ г.

Адрес _____

Регистрация _____

контактный телефон: _____,

подтверждаю, что в доступной форме получил(а) от лечащего врача и из открытых источников клиники (сайт, информационный стенд) следующую информацию:

о результатах предварительного осмотра и проведённых диагностических исследований; о предварительном/установленном диагнозе, характере и прогнозе заболевания;

о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, последствиях и предполагаемых результатах лечения;

о наличии сопутствующей патологии (при выявлении): _____;

о плане лечения, включая перечень конкретных медицинских вмешательств, их последовательность и ориентировочные сроки;

об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях (наименование, показания, противопоказания, возможные побочные эффекты);

о необходимости дополнительных исследований и процедур, которые могут потребоваться в процессе лечения в связи с выявлением новых обстоятельств;

о возможности изменения первоначального плана лечения при возникновении клинической необходимости, а также о порядке информирования меня об этих изменениях;

о возможности получения аналогичных медицинских услуг бесплатно в рамках программы ОМС (в т. ч. сроки ожидания и порядок направления).

Мне разъяснены и понятны:

хронический характер выявленного заболевания и то, что оказание медицинской помощи может привести к улучшению состояния, но не гарантирует полного выздоровления;

необходимость соблюдения рекомендаций врача по режиму, питанию, гигиене полости рта, ограничениям и явки на контрольные осмотры;

невыполнение рекомендаций может привести к ухудшению состояния и снижению эффективности лечения, в связи с чем клиника не сможет гарантировать достижение ожидаемого результата;

право отказаться от медицинского вмешательства на любом этапе, а также последствия такого отказа, включая риск прогрессирования заболевания и развития осложнений;

возможность возникновения непредвиденных ситуаций в процессе лечения, требующих

изменения тактики, и право медицинской организации принимать решения по выходу из таких ситуаций в интересах моего здоровья;

индивидуальная реакция организма на лечение и неизбежность некоторых рисков, даже при соблюдении всех стандартов оказания медицинской помощи;

порядок подачи претензий и обращений в случае возникновения спорных ситуаций;

сведения об оказанных мне медицинских услугах будут переданы в ЕГИСЗ в соответствии с законодательством РФ, за исключением случаев, когда мной оформлен письменный отказ от такой передачи (в части сведений о состоянии здоровья и медицинской документации).

Мне представлены и разъяснены альтернативные варианты лечения (включая вариант без медицинского вмешательства), их преимущества, недостатки и риски. Я имел(а) возможность задать все интересующие вопросы и получил(а) на них исчерпывающие ответы.

Возможные осложнения и риски (в зависимости от вида вмешательства)

При терапевтическом приёме и после него:

- гематома после инъекции анестетика;
- постпломбировочные боли при надкусывании;
- появление отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка после терапевтического вмешательства;
- необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зубов;
- необходимость удаления зуба в случае неэффективности терапевтических методов;
- возникновение периодонтальных явлений, и изменение рентгенологической картины после пломбировки каналов с плохой проходимостью, или при наличии коллатеральных каналов;
- возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы при эндодонтическом лечении зубов;
- отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе;
- возможность изменения цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свёкла, вишня,...);
- возможность отлома эндодонтических инструментов в труднопроходимых каналах;
- при наличии желудочно-кишечных заболеваний возможно появление тёмной полосы между пломбой и тканями зуба.
- развитие осложненных форм кариеса (пульпит, периодонтит) после лечения глубокого кариеса;

При хирургическом вмешательстве (в т. ч. удалении зуба):

- попадание корня зуба в гайморову пазуху;
- появление отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка при хирургическом вмешательстве в период обострения;
- контрактура жевательных мышц после удаления зуба, боли при глотании;
- гематома после инъекции анестетика;
- луночковые боли, риск развития альвеолита (в т. ч. из-за вымывания кровяного сгустка);
- кровотечение из лунки или послеоперационного разреза;
- парестезия в области языка, нижней губы;
- сообщение полости рта с гайморовой пазухой;
- развитие гайморита.

При пародонтологическом лечении и после него:

- отёк, гиперемия, боли, зуд, повышение температуры;
- гематомы в области инъекций;
- индивидуальная непереносимость назначенных медикаментозных средств;
- повторный воспалительный процесс пародонта вследствие неудовлетворительного

- гигиенического ухода за полостью рта;
- увеличение подвижности зубов;
- непрогнозируемый переход процесса из локализованной формы в генерализованную.

При ортопедическом приёме и после него:

- отёки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен;
- появление эрозированных поверхностей при съёмном протезировании;
- рвотный рефлекс;
- ухудшение эстетического эффекта протезирования из-за отказа удалять зубы;
- аллергическая реакция на материалы съёмных протезов;
- изменение дикции, вкусовых ощущений, а также характера слюноотделения;
- плохая фиксация пластинчатых съёмных протезов при выраженной атрофии альвеолярных гребней;
- переломы и сколы различных видов съёмных протезов;
- возможная необходимость перебазировки съёмного протеза из-за атрофии альвеолярного гребня после удаления зубов;
- асфиксия во время сна в случае не снятия полных съёмных пластинчатых протезов перед сном;
- травматизация слизистой оболочки рта;
- плохая фиксация и стабилизация протезов;
- сколы облицовки постоянных протезов из-за неправильного использования;
- расцементировка при постоянной или временной фиксации;
- возможное изменение плана протезирования и, как следствие, стоимости работ при несостоятельности опорных зубов или при изменении пожеланий пациента;
- появление запаха изо рта и образование налёта на пластинчатых, бюгельных и эластичных протезах из-за несоблюдения пациентом гигиены полости рта;
- изменение сроков протезирования.

5. Другие виды осложнений: _____

Я понимаю, что указанные осложнения могут возникнуть даже при строгом соблюдении врачом клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи, и не будут являться следствием ненадлежащего оказания услуг.

Я подтверждаю, что:

получил(а) информацию о применяемых методах лечения в соответствии с утверждёнными клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи (ссылки на актуальные версии размещены на официальном сайте клиники и информационном стенде);

мне разъяснены гарантийные обязательства клиники (при наличии) и случаи, когда гарантия не предоставляется; я осведомлён(а) о порядке подачи претензий и обращений в случае возникновения спорных ситуаций;

мне разъяснён порядок формирования стоимости услуг, включая вид сметы (твёрдая/приблизительная), порядок её изменения и случаи, когда изменение стоимости допускается по инициативе клиники;

я ознакомлен(а) с перечнем платных медицинских услуг, их стоимостью, сроками и порядком оплаты, а также с тем, что дополнительные услуги могут быть оказаны только после моего предварительного уведомления и согласия.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу.

Я знаю, что после введения анестезии нельзя в течение 24 часов управлять транспортными средствами и сложными механизмами, до окончания действия лекарственных препаратов и восстановления нормального состояния.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые

Стоимость услуг определена в Плане лечения (смете) (твёрдой/приблизительной, являющейся неотъемлемой частью договора.

Я вправе отозвать настоящее согласие в любое время путём подачи письменного заявления в клинику. Отзыв согласия не освобождает меня от обязанности оплатить фактически оказанные услуги в соответствии с договором.

Порядок направления обращений

Я проинформирован(а) о следующих способах направления обращений и претензий:

-Лично в приемную медицинской организации по адресу: г. Саратов, ул. Мясницкая, дом 1, помещение 13

-по почте заказным письмом с уведомлением

-по электронной почте на адрес: vivadentstom@gmail.com

-по телефону: +7 (937)225-66-55

в рабочее время

Порядок рассмотрения обращений

Исполнитель обязан рассмотреть поступившее обращение и направить мотивированный ответ в срок не позднее 10 (десяти) календарных дней с даты его получения.

При направлении обращения в электронной форме необходимо указать:

ФИО пациента, номер договора, суть обращения, контактные данные для обратной связи.

Права пациента

Я имею право:

Получить в доступной форме информацию о порядке оказания медицинской помощи

Отказаться от медицинского вмешательства на любом этапе

Получить медицинские документы, отражающие состояние моего здоровья после получения услуг, без взимания дополнительной платы

Направить обращение в случае выявления недостатков при оказании услуг

Подтверждение информированности

Мне разъяснено, что отказ от платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема медицинской помощи, оказываемой без взимания платы в рамках программы государственных гарантий.

Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение

на предложенных условиях.

Пациент _____ (_____) «__» _____ 20__г.

Врач _____ (_____) «__» _____ 20__г.

Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Пациент _____ (_____) «__» _____ 20__г.

Врач _____ (_____) «__» _____ 20__г.

М.П.

