

**Утверждаю**  
Главный врач  
ООО «ПРЕМЬЕРДЕНТАЛ»  
С. Р. Алексеева

### ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

(законного представителя) на получение медицинской помощи в стоматологической клинике доктора Алексеевой, ООО «ПРЕМЬЕРДЕНТАЛ», имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, выданную Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор).

Согласие на предварительный осмотр, консультацию и лечение

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью, дата рождения),

действуя в интересах \_\_\_\_\_,  
добровольно обращаюсь за медицинской помощью в ООО «ПРЕМЬЕРДЕНТАЛ» (стоматологическую клинику доктора Алексеевой), предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на сбор анамнеза, проведение осмотра полости рта, манипуляции и исследования, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния органов, диагностики и назначения предварительного плана лечения, для возможности врача согласовать этот план со мной.

#### ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ:

С преискурантом ознакомлен.  
Пациент \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_). « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
Врач \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_). « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

#### Согласие на осуществление лечения (медицинского вмешательства)

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО полностью), действуя в интересах \_\_\_\_\_ (ФИО), подтверждаю следующее:

Я в доступной и понятной форме информирован/а врачом о результатах предварительного осмотра, получил/а сведения о результатах диагностического исследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, обоснование необходимости лечения, методах лечения, связанных с вмешательством риска.

Мне сообщено о выявленной сопутствующей патологии: \_\_\_\_\_

Мне известно, что указанное заболевание имеет хроническую форму, и по оказании медицинской помощи может произойти улучшение состояния, но не может быть гарантировано полное выздоровление.

Я информирован/а о предполагаемом плане лечения, существующих утвержденных методиках лечения, используемых лекарственных препаратах; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.

Я осведомлен/а, что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения назначенного первоначально лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также необходимость назначения дополнительных исследований и процедур, которые мне будет необходимо пройти в процессе лечения. Все указанные изменения и дополнения будут назначаться мне заблаговременно и разъясняться.

Я предупрежден/а о поведении в период амбулаторного лечения, мною получены и поняты рекомендации врача о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры и исследования. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья и снижению эффективности лечения по моей вине.

Мне разъяснено, кроме того, что лечебные процедуры могут быть прерваны врачом или отменены из-за их неадекватной плохой переносимости моим организмом, из-за недостаточной исходной подготовленности организма к этим процедурам или при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам врачом могут быть заменены лекарственные препараты.

Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершенном лечении.

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны нештатные ситуации разного рода, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью.

Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен/а с тем, какие могут возникнуть осложнения:

#### при терапевтическом приёме и после него:

- гематома после инъекции анестетика;
- постпломбировочные боли при накусывании;
- появление отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка после терапевтического вмешательства;

- необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зубов;
- 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;
- возможность отлома эндодонтических инструментов в трудно проходимых каналах;
- развитие осложненных форм кариеса (пульпит, периодонтит) после лечения глубокого кариеса;

**в ходе хирургического вмешательства и после него:**

- гематома после инъекции анестетика;
- боли в месте инъекции до трёх недель;
- луночковые боли после удаления зуба, развитие альвеолита, связанное с особенностями развития воспалительного процесса, индивидуальными защитными функциями или особенностями организма, либо с выполаскиванием из лунки кровяного сгустка;
- кровотечение из лунки или разреза;
- парестезия в области языка, нижней губы;
- сообщение полости рта с гайморовой пазухой;
- 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;

**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 натёртостей при съёмном протезировании;
- рвотный рефлекс;
- 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;
- сколы облицовки постоянных протезов из-за неправильного использования;
- расцементировка при постоянной или временной фиксации;
- появление запаха изо рта и образование налёта на пластинчатых, бюгельных и эластичных протезах из-за несоблюдения пациентом гигиены полости рта;

**другие виды осложнений:**

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 перенесенных 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 медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

**Вариант 1.**

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

Пациент \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_). « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
 Врач \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_). « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.