**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

**терапевтическое лечение зуба(ов)**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество гражданина, одного из родителей ребенка до 15 лет, иного законного представителя)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю стоматологической клинике «Гелиос» информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов вмешательств, на которые граждане дают информированное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. №390н (далее-Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребенка (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство: ***Терапевтическое лечение зуба(ов) стоматологической клинике «Гелиос»***

 Настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно:

1. Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

2. Врач, после диагностического обследования, обосновал необходимость проведения терапевтического лечения зубов и последствия отказа. Последствиями отказа от терапевтического лечения зубов могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений (как местных, так и общих), появление или нарастание болевых ощущений, потеря зубов, нарушение функции жевания функции речи, косметические дефекты. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения. Основными альтернативными методами являются: удаление пораженного зуба(ов) или отсутствие лечения, как такового. Врач объяснил, что для диагностики и последующего лечения кариеса зубов и его осложнений (воспаление и гибель сосудисто-нервного пучка в каналах зубов), может понадобиться проведение дополнительных диагностических мероприятий, а также рентгенологическое исследование.

3. В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии. Кроме того, врач разъяснил необходимость проведения рентгенологического исследования (в т.ч, для диагностики и контроля качества лечения), объяснил цель и суть данной методики, а также получил мое согласие на его проведение.

4. Мне объяснены принципы лечения зу­бов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: устранение факторов, обусловливающих процесс разрушения тканей зуба; предупреждение дальнейшего развития пато­логического кариозного процесса; сохранение и восстановление анатомической формы и функции зуба; предупреждение развития патологических процессов и осложнений;

5. Мне разъяснено, что в процессе препарирования зуба (удаления пораженных тканей с помощью бора), может измениться диагноз и тактика лечения.

6. Я поставлен(а) в известность, что эндодонтическая терапия (лечение каналов зубов) имеет высокий процент клинического успеха, однако, как любая медицинская манипуляция, является вмешательством в биологический организм и существуют обстоятельства, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, возможных осложнениях вовремя и после лечения, в том числе:

* в дальнейшем может потребоваться: повторное лечение корневых каналов, проведение хирургических операций в области корней зубов (для устранения воспалительного процесса), удаление зуба.
* при перелечивании (ранее леченных) корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения снижается, и зависит от возможности прохождения каналов на всю длину и воздействия на микроорганизмы внутри канала, в т.ч. безопасного и полного удаления старой корневой пломбы, штифта, вкладки;
* при лечении искривленных корневых каналов и каналов, имеющих анатомические особенности строения, процент поломки инструментов, перфораций и иных осложнений увеличивается.
* другие осложнения, требующие применения специального оборудования и методов лечения.

7. Мне разъяснено о необходимости проведении регулярных осмотров у врача, я обязуюсь приходить на регулярные осмотры, график которых оговорен с врачом и зафиксирован в медицинской карте. Мне разъяснено, что в случае несоблюдения указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, может снизиться качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

8. Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я разрешаю, в случае необходимости предоставить информацию о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии моего здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при моем медицинском обследовании и лечении следующим лицам:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО гражданина, контактный телефон)

9. Мне разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Гарантийные сроки: Срок гарантии на различные материалы и методы лечения по терапевтической стоматологии – 1 год, при условии полной санации полости рта, по ортопедической стоматологии – 1 год, в зависимости от плана лечения и конструкции протезирования; По терапевтическому лечению, при полной санации полости рта согласно плана лечения врача, для пациента устанавливается срок гарантии 1 год; При неполной санации полости рта срок гарантии сокращается и определяется лечащим врачом согласно разработанному положению:

- пломбы из отечественных цементов - 3 мес.;

- пломбы из стеклоиномеров - 5 мес.;

- пломбы из композитов хим. отверждения - 6 мес.;

- пломбы из светоотверждаемых материалов - 12 мес.

Медицинским работником\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность, ФИО мед. работника)

в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

**Я принимаю решение осуществить терапевтическое лечение зубов на предложенных мне условиях.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (ФИО Пациента)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (ФИО медицинского работника)

 «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.