

Общество с ограниченной ответственностью «АРТИ»

ИНН/КПП 5032296173/503201001 ОГРН 1185053010691

Лицензия № ЛО41-01162-50/00340605 выдана Министерством здравоохранения Московской области 13.02.2020г.

Приложение №1 к договору
на оказание платных стоматологических услуг

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Реставрация зуба

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я,

(фамилия, имя, отчество пациента)

получил(а) подробные объяснения по поводу состояния зубов. Я понимаю, что целью моего обращения и целью оказания платных медицинских услуг является мое желание изменить форму и/или цвет зубов(далее по тексту – реставрация), что достигается путем применения необходимого пломбирочного материала. Я обязуюсь согласовать с врачом максимально точно желательную мне форму и цвет зубов для проведения реставрации, однако я соглашаюсь с тем, что окончательный эстетический результат по плану реставрации может быть приближен к ожидаемому мной, но не может быть заранее предсказан в силу особенностей биологического организма человека, поэтому я соглашаюсь с тем, что в случае моего субъективного неприятия эстетического результата (форма, цвет реставрации), я буду оплачивать стоимость дальнейших переделок реставрации в соответствии со стоимостью новой реставрации.

Дата	Наименование услуги, номера зубов	Стоимость	Подпись пациента

Я соглашаюсь с тем, что вследствие индивидуальных особенностей строения зубов, для достижения необходимого эстетического эффекта возможно увеличение площади обработки зуба (снятия пораженных тканей), а так же объем его восстановления (пломбирования), в том числе соглашаюсь с вероятностью необходимости лечения корневых каналов при риске возникновения пульпита.

Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах достижения эстетического результата, в том числе о постановке виниров или коронок и отказываюсь от них в пользу реставрации.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Я соглашаюсь с тем, что во время и после лечения, может возникнуть: воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий, если слой дентина тонкий или повреждается в процессе обработки зуба; появлении кариозного процесса по прошествии какого-то времени, что может потребовать лечение корневых каналов лечения, которое будет осуществляться за отдельную плату.

Мне разъяснена необходимость применения обезболивания (местной инъекционной анестезии) с целью обезболивания медицинских манипуляций. 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 мин до нескольких часов в 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 в редких случаях к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, и исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время

обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

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 меня заболеваниях.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я соглашаюсь, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на пломбирование и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию. Мне ясно, что гарантия осуществляется только на нахождение пломбы в зубе, но не распространяется на остальные ткани зуба, иные и вновь возникающие заболевания зуба.

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

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

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

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

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения кариеса на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента:

_____/_____
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач:

_____/_____/_____
(подпись врача) (расшифровка подписи)

Дата « » 202_г