

Приложение к договору № _____ от « ____ » _____ 20__ г.
Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство (процедура отбеливания)

г. Москва

« ____ » _____ 20__ г.

г.

Я,

(фамилия, имя, отчество гражданина, законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне или лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство **профессиональная гигиена полости рта**, 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», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

Добровольно даю свое согласие на проведение опроса, в том числе выявления жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуссию, термометрию, тонометрию, введение лекарственных препаратов по назначению врача внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

Я ознакомлен (а) с предлагаемым планом, ориентировочными сроками и стоимостью отдельных процедур (этапов) и лечения в целом (т.к. объем и характер работы можно будет определить только в процессе лечения, в случае повышения стоимости лечащий врач предупредит меня и обоснует это), технологиями (методами) и материалами, которые будут использованы в процессе проведения процедур, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги, а также с альтернативными вариантами лечения.

информирован врачом, о предлагаемой процедуре отбеливания, и мне предоставлена вся интересующая информация. Отбеливание зубов – косметическая процедура, не имеющая медицинских показаний. Отбеливание при помощи системы Zoom!™ имеет своей целью достижение максимального результата осветления зубов за один сеанс.

Я понимаю цель и суть данной процедуры. Врач оценил состояние моего здоровья и провел обследование зубочелюстной системы для этого вмешательства.

Мне объяснили альтернативные методы осветления зубов и, рассмотрев их, я сделал (а) свой выбор сознательно.

План лечения: проведение процедуры кабинетного отбеливания.

Я понимаю, что значительное отбеливание может быть достигнуто в большинстве случаев, однако определенный результат не может быть гарантирован.

Отбеливание, как и многие другие процедуры, имеет некоторые риски и ограничения.

Я понимаю, что для достижения желаемого результата эта процедура может быть выполнена в одно/два или больше посещений, в зависимости от типа моих зубов. Каждое посещение будет занимать от часа до полутора часов.

Меня проинформировали, о том, что в случае проведения клинического отбеливания более чем в одно посещение, перерыв между процедурами может составить от одной до двух недель. Если проходит более двух недель, результаты могут быть менее значительными, т.к. эффективность процедуры будет потеряна.

В течение первых 24 часов после отбеливания может быть болезненность зубов. Эти ощущения обычно проходят в течение 1-2 дней.

В случае изначальной чувствительности зубов, врач по согласованию со мной может провести процедуры по снижению чувствительности до отбеливания.

Отбеливание может вызвать временное воспаление десен. Также может возникнуть раздражение десен. Меня предупредили, что эти проблемы проходят в течение нескольких дней.

Я понимаю, что кариозные полости и/или неплотно прилегающие реставрации должны быть закрыты и/или заменены до отбеливания.

Я согласен(а), что после отбеливания возможна коррекция цвета проведенных реставраций вплоть до полной замены реставраций, чтобы они соответствовали новому цвету зубов.

Меня предупредили, что невозможно достоверно предсказать какого точно цвета будут зубы после отбеливания. Я полностью понимаю, что во время и после процедуры, состояние может измениться, тогда по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия.

В системе Zoom!™ используется источник света, для дополнительной активации геля. Поэтому, если у меня имеются меланомы или я нахожусь под фото-,химо- или PUVА терапией мне необходимо проконсультироваться с терапевтом до отбеливания. Также если я принимаю любые светочувствительные препараты, то я должен(а) проконсультироваться с лечащим врачом, чтобы избежать фотореакции.

После проведения процедуры отбеливания мне рекомендовано отказаться от курения и чрезмерного употребления кофе и других напитков, содержащих красящие вещества.

При оказании процедуры отбеливания гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, с применением им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость контроля качества проведенной процедуры и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях и аллергических реакциях заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна. Я проинформировал(а) врача обо всех известных мне случаях аллергии к лекарственным препаратам и медицинским средствам.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости и выбрал вариант лечения. С предложенным планом лечения ознакомлен и согласен.

Я ознакомлен(а) с гарантийными обязательствами.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последний является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне процедуры отбеливания системой Zoom!™.

Для женщин: Беременность ___ ДА ___ НЕТ, на момент проведения манипуляции

<i>Разъяснил ли Вам врач-стоматолог сведения о наличии заболевания:</i>	
<i>Указал ли он диагноз и прогноз заболевания:</i>	
<i>Разъяснил ли он методы лечения и возможные риски:</i>	
<i>Указал ли он возможные варианты медицинского вмешательства:</i>	
<i>Разъяснил ли он варианты последствий и результатов лечения:</i>	

СОГЛАСИЕ:

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Пациент _____ « ____ » _____
20__ г. _____
(ФИО пациента, либо законного представителя) (подпись)

Врач _____ « ____ » _____
20__ г. _____
(ФИО врача-стоматолога) (подпись)

Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) (Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

(ФИО гражданина) (контактный телефон)

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего стоматологического вмешательства, дал(а) ответы на все вопросы.

Врач _____ « ____ » _____
20__ г. _____
(ФИО врача-стоматолога) (подпись)