

**Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.**

**Информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
(фамилия, имя, отчество - полностью)  
проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я, \_\_\_\_\_, паспорт: \_\_\_\_\_  
выдан: \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка полностью, год рождения)

1. Даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) следующих видов медицинских вмешательств в ООО «Центр цифровой стоматологии «Садко»: опрос, анкетирование, сбор анамнеза и жалоб; осмотр, консультация; визуальное исследование полости рта; медицинская помощь по стоматологии; пункция тканей полости рта; пальпация органов полости рта; перкуссия; определение степени открывания рта и ограничения подвижности нижней челюсти; осмотр полости рта с помощью дополнительных инструментов; исследование кариозных полостей с использованием стоматологического зонда; исследование зубодесневых карманов с помощью пародонтального зонда; антропометрические исследования; термодиагностика зуба; определение прикуса; определение вида смыкания зубных рядов с помощью лицевой дуги; определение степени патологической подвижности зубов; диагностическое обследование; снятие оттиска с челюстей; аксиография ВНЧС; электроодонтометрия; рентгенография; радиовизиография; компьютерная томография; ордонтопантограмма; пункция кисты полости рта; введение лекарственных средств в пародонтальный карман; инъекционной введение лекарственных средств и препаратов; фторирование, в том числе глубокое фторирование эмали зуба; герметизация фиссур; аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта; применение метода серебрения зуба; местное применение реминерализующих препаратов в области зубов; наложение девитализирующей пасты; определение индексов гигиены полости рта; витальное окрашивание твердых тканей зубов; определение пародонтальных индексов; определение вкусовой чувствительности; отсасывание слизи из ротоглотки; обучение гигиене полости рта и зубов; медицинские вмешательства, направленные на профилактику кариеса: все виды профессиональной гигиены полости рта, удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений; профессиональное отбеливание полости рта; наложение повязки в полости рта; гидроорошение при заболевании полости рта и зубов.
- 1.1. Я также осознаю и согласен(на) с тем, что данные виды стоматологической медицинской помощи могут проводиться как под местной анестезией, так и с применением анестезиологического пособия, в том числе комбинированного ингаляционного наркоза (в том числе с применением ксенона).
2. Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, их характер, связанный с ними риск, неблагоприятные эффекты диагностических и лечебных процедур, возможные варианты медицинских вмешательств, процесс их оказания (что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения), их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Я понимаю и обязуюсь сообщать медицинскому работнику о любом ухудшении моего (представляемого лица) самочувствия.
3. Мне разъяснены лечащим врачом все варианты медицинских вмешательств, требующихся мне (моему ребенку) на момент составления плана лечения.
4. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных выше. Я понимаю, что в случае отказа от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных выше, обследование и (или) лечение будет проведено не в полном объеме, что может быть недостаточным для постановки правильного диагноза, составления плана лечения и назначения лечения.
5. Я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в Клинике, и обязуюсь их соблюдать.
6. Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, указаний, рекомендаций медицинских работников, режима лечения, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, осложнить процесс лечения или отрицательно сказаться на моем/представляемого лица состоянии здоровья. Я признаю, что несу ответственность за результаты медицинского лечения в случае отклонений от соблюдения предписаний лечащего врача.
7. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем (здоровьем представляемого), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов (в том числе антибиотики, противовоспалительные средства и местные анестетики), об аллергических реакциях на пищу, укусы насекомых, пыль, обо всех перенесенных мной (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе о болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или иных состояниях, о вредных для здоровья привычках, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах (в том числе принимаемых в течение последних трех месяцев и принимаемых постоянно). Я сообщил(-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я сообщил(а) сведения о наличии у меня (представляемого)

8. Я информирован(а) о предполагаемом лечении, существующих утвержденных методиках лечения, используемых инструментах, материалах и лекарственных препаратах; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.

9. 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 будет необходимо пройти мне (представляемому) в процессе лечения.

10. Я согласен(а) на проведение фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

11. Я согласен(а) и разрешаю медицинскому работнику, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении (лечении лица, законным представителем которого я являюсь) в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

12. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы), материалы и лекарственные препараты, которые будут использованы в процессе лечения. Мне сообщено и понятно, что могут понадобиться обследования и консультации у врача(ей) общего медицинского профиля. Такие рекомендации даст лечащий врач.

12.1. Понимая сущность предложенного лечения и сложность биологического организма человека, я согласен(на), что ожидаемый результат может отличаться от полученного в результате вмешательства. В связи с этим я понимаю, что возможны случаи неблагоприятного исхода лечения. При неблагоприятном исходе лечения, явившемся следствием индивидуальной реакции организма на проведенное вмешательство и не связанном с нарушением Клиникой общепринятых правил и методик оказания соответствующих услуг, Клиника за такие осложнения ответственности не несет.

12.2. Я знаю, что строгое соблюдение назначений и рекомендаций лечащего врача является необходимым условием для успешного результата, поэтому я беру на себя обязательство соблюдать (контролировать выполнение ребенком) все требования врача. И я признаю, что несу ответственность за результаты медицинского вмешательства в случае отклонений от предписаний лечащего врача.

13. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество гражданина, дата рождения, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество гражданина, дата рождения, контактный телефон)

**14. Я, информирован(а) о том, что:**

- отсутствуют убедительные научные данные и масштабные, хорошо организованные исследования в отношении нового коронавируса COVID-19, в том числе о путях передачи, возможностях инфицирования и клинических проявлениях;
- в настоящее время, в связи с эпидемией COVID-19, имеется высокий риск инфицирования в местах общественного пользования, в том числе и медицинских организациях;
- имеющиеся на сегодняшний день диагностические тесты не могут свидетельствовать со 100% точностью о факте отсутствия инфицирования/заболевания в момент проведения медицинского вмешательства (у детей, родителей и медицинских работников).

Я имел(а) возможность задать любые вопросы о рисках, связанных с медицинским вмешательством в период распространения новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

**Я согласен(на) на осмотр, проведение обследования и лечение, в том числе с применением лекарственных средств и лекарственных препаратов медицинскими работниками Клиники. Я проинформирован(а) о возможности и условиях получения бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, своей подписью я даю свое согласие на получение медицинских услуг на платной основе в данной медицинской организации, готов(а) и обязуюсь их оплатить. Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворительные ответы. Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в данной медицинской организации.**

**Настоящее согласие дано мной добровольно на весь срок действия Договора оказания стоматологических услуг.**

**Мне известно, что до начала медицинского вмешательства, а также на любом его этапе, я могу отказаться от его проведения в письменной форме.**

**Медицинский работник разъяснил всю полную и достоверную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, дал ответы на все вопросы и расписался в моем присутствии.**

Дата	ФИО, подпись пациента/законного представителя Пациента	ФИО, должность, подпись медицинского работника