

**Добровольное информированное согласие пациента/представителя пациента
на ортопедическое лечение.**

от _____ 20__ г.

Я _____

(Фамилия, имя, отчество пациента/представителя пациента)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н "Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи", Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 786н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях", а также в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736, даю свое согласие выполнить мне/представляемому мною пациенту ортопедическое лечение врачом – стоматологом-ортопедом: _____

Содержание и ожидаемые результаты, возможные осложнения, а также возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены врачом и я их полностью понял (а). Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения:

Меня ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Мне было объяснено, что последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: прогрессирование патологического процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости; перелом зуба; прогрессирование зубо-альвеолярных деформаций, снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я понимаю, что протезирование, как и любая медицинская услуга, не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Я предупрежден(на) о возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана протезирования в процессе выполнения работ. Я предупрежден(на), что через некоторое время возникает необходимость коррекции, либо переделки ортопедической конструкции.

Меня уведомили, что «ГАУЗ СП № 53 ДЗМ» и работники не несут ответственности за качество предоставляемых услуг в следующих случаях: Предоставления услуг по требованию пациента, расходящихся с предложенным врачом планом протезирования, о чем делается соответствующая запись в истории болезни. Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее. Осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций. Переделок и исправления работ в другом лечебном заведении. Ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом. Истечения срока гарантии на оказанные услуги. Системных заболеваниях организма.

Я уведомлен(а), что вредные привычки (табакокурение и др.) и недостаточные навыки гигиенического ухода за полостью рта являются отягощающими факторами в дальнейшем развитии заболевания и, что отказ от вредных привычек и нормализация гигиены полости рта необходимы для достижения положительного результата лечения.

Я согласен(а) тщательно выполнять рекомендации и назначения врача в процессе проводимого лечения, понимая, что несоответствующее их выполнение влечет за собой ухудшение возможного результата.

Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением во внешнем виде - субъективна, поэтому только эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может быть основанием для предъявления претензий.

Я уведомлен (а), что, не смотря на обеспеченное качественное лечение, мне будут необходимы систематический контроль, коррекция гигиены полости рта и профилактическое наблюдение

Я осведомлен (на) о возможных осложнениях во время анестезии. Я согласен(на) на тип анестезии и рентген диагностику по выбору лечащего врача.

Я даю разрешение делать оттиски, диагностические модели, проводить фото и видео съемку и любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

Я информирую врача обо всех случаях аллергии к лекарственным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время _____

Я сообщил(а) точные данные обо всех принимаемых мной/пациентом препаратах и их дозировке.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания (заболевания пациента) и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил (а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу. Я принимаю решение приступить к ортопедическому лечению на предложенных условиях. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

В случае оказания платных медицинских услуг настоящее согласие дается мною в рамках подписания договора об оказании платных медицинских услуг на весь перечень сопутствующих проведению стоматологической операции услуг, согласно утвержденной Министерством здравоохранения РФ номенклатуре медицинских услуг.

Подпись пациента/представителя пациента _____

Подпись медицинского работника _____