

**Приложение к договору возмездного оказания**

**Медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.**

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

**Информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство ребенку (на удаление зуба).**

*(основание ст. 20-23 Ф.З. Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.)*

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

(Ф.И.О. законного представителя)

по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ являясь законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка)

Информирован(-а) лечащим врачом о предлагаемом лечении - удалении зуба.

Я соглашаюсь с тем, что лечение моего ребенка будет проводить врач-стоматолог ООО «СК «Кристалл-Дент Нео»

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

(Ф.И.О. врача)

Я уполномочиваю врача-стоматолога провести хирургическое лечение - удаление зуба \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ моему ребенку.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемой процедурой и мог(-ла) либо отказаться от нее, либо дать свое согласие на проведение данного лечения. Доктор поставил моему ребенку следующий диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В исключительных случаях: по моей просьбе или болезни врача, клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил детальное объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения.

Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния организма моего ребенка. Целью лечения является удаление зуба.

Стоматологическое лечение заключается в удалении инфицированного зуба, не подлежащего консервативному лечению.

В ходе лечения при наличии показаний к расширению объема вмешательства может потребоваться изменение плана лечения, а именно: при наличии гнойного очага, вскрытие и дренирование полости абсцесса.

Мне объяснили в доступной и понятной форме основной план лечения, включая ожидаемые результаты, риск и пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а так же необходимые дополнительные исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

**Мне объяснены альтернативные варианты, а именно:**

**- отказ от проведения лечения.**

Возможные негативные последствия в случае полногоили частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:

- прогрессирование воспалительного процесса, развитие осложнений: периодонтита (воспаление окружающих зуб тканей с поражением кости, вплоть до выраженного отека), периостита (воспаление надкостницы), развитие иных патологий (абсцесса, флегмоны, снижение иммунитета, возникновения респираторных заболеваний, развитие фарингита, ларингита, заболеваний желудочно-кишечного тракта);

- вовлечение в воспалительный процесс зачатка постоянного зуба (появления пятна, изменение формы, кариозное поражение недавно прорезавшегося зуба, гибель зачатка постоянного зуба);

- появление или нарастание болевых ощущений;

- потеря зуба, а ранее удаление молочных зубов может привести к затруднению или нарушению сроков прорезывания постоянных зубов, их прорезыванию со смещением, разворотом коронки зуба, смещению нижней челюсти, стойкому формированию аномалий прикуса, развитию логопедический дефектов речи. Также отсутствие зубов влияет на качество пережевывания пищи и на формирование косметических недостатков;

- некоторые нарушения общего состояния организма;

- развитие местных осложнений (у детей оно происходит быстрее чем у взрослых, что обусловлено особенностями строения и кровоснабжения челюстно-лицевой области).

Альтернативные пути лечения обдуманны мною до принятия решения о виде лечения.

Удаление зуба проводиться под местной анестезией, применение которой может привести к следующим осложнениям, не являющимися дефектами оказания медицинской помощи: включая:

- боль, неудобство, припухлость, чувствительность к холоду и теплу;

- возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции;

- поскольку после анестезии чувствительность значительно снижена, ребенок может накусывать щеки, губы;

- возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков ( в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Меня ознакомили с факторами, влияющими на успех лечения:

1. Правильный уход пациента за полостью рта имеет решающие значение для сохранения здоровых зубов. Регулярное посещение гигиениста- 1 раз в 3-4 месяца в соответствии с индивидуальными показаниями.

2. Состояние иммунной системы пациента- способность организма сопротивляться инфекции. Способность иммунной системы противостоять инфекции - главный фактор, влияющий на быстрое выздоровление, ликвидацию очагов воспаления в костной ткани.

3. Возраст пациента.

4. Агрессивность ( вирулентность) бактерий, их способность к внедрению в ткани организма. Очаги инфекции с высоковирулентными бактериями сложнее поддаются лечению.

5. Психологический фактор: понимание пациентом, а также его родителями или лицами, их заменяющими, важности гигиены, периодических профосмотров и выполнение всех рекомендаций.

**Я достоверно передал информацию о состоянии здоровья моего ребенка, а также понимаю необходимость выполнений всех полученных от врача рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, необходимости коррекции характера и режима питания, проведения консервативного лечения, в котором он будет нуждаться, и визитов в указанные сроки.**

**Я подтверждаю, что мой ребенок не состоит (состоит) на учете у узких специалистов по заболеваниям которые могут повлиять на процесс и результат лечения стоматологической патологии.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

Я согласен(-а) на проведение рентгенографии при обследовании и лечении зубов, необходимой для полноценной диагностики и контроля проведенных лечебных манипуляций.

Я получил(-а) полную информацию о:

- технологии (методах) и материалах, которые будут испозованы в процессе лечения.

- всевозможных исходах лечения, а также альтернативах предложенному лечению.

- сроках проведения лечения.

- стоимости отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

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 (психо-эмоционального состояния ребенка), достоверного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Меня уведомили, что клиника и ее персонал не несет ответственности за качество предоставляемых услуг следующих случаях:

1. Предоставления услуг по требованию пациента или ЕГО РОДИТЕЛЯ, расходящемуся с предложенным врачом планом ЛЕЧЕНИЯ, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.
2. Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее.
3. Осложнений, возникших по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций.
4. Переделок и исправления работ в другом лечебном заведении.
5. Ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом.
6. Истечения срока гарантии на оказанные услуги.
7. Неудовлетворительного состояния гигиены полости рта.

**Я информирован (согласно ст.79 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ) о возможности получения данного вида медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в медицинских организациях г. Красноярска и Красноярского края, участвующих в программе ОМС.**

**Я также даю согласие на обработку и передачу моих (моего ребенка) персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1.,3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ « О персональных данных», для целей оказания мне (моему ребенку) медицинских услуг.**

**Пользуясь правом, предоставленным мне законодательством Российской Федерации разрешаю давать информацию о состоянии здоровья моего ребенка только следующим лицам:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(ФИО и контактный телефон лица, уполномоченного получить информацию)**

**Я удостоверяю, что текст данного информативного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня.**

**Настоящий документ является приложением к Договору возмездного оказания медицинских услуг №\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г., неотъемлемой частью медицинской карты моего ребенка.**

**Настоящим я даю согласие на осуществление лечения моему ребенку.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись законного представителя) (собственноручно написанные ФИО)**

**Я подтверждаю, что объяснил:**

**Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Подпись Ф.И.О. врача**

**Дата «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.**