

**Общество с ограниченной ответственностью "Эдельвейс ""Диай Клиник"**

**664025, Иркутская область, г. Иркутск, Депутатская, 53  
ИНН 3808220108 ОГРН 1113850032504**

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о согласии на медицинское вмешательство**

В ответ на запрос согласия на медицинское вмешательство, я: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ г.

Паспорт: \_\_\_\_\_

Адрес регистрации по месту жительства: \_\_\_\_\_

находясь на лечении (обследовании) в частной клинике ООО «Эдельвейс Диай Клиник» по адресу: г. Иркутск, Депутатская, 53, с предварительным диагнозом

\_\_\_\_\_, а также на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" добровольно заявляю о согласии на медицинское вмешательство в следующих формах, предусмотренных Предварительным планом лечения, подписанным мною.

- Мне разъяснено и я осознаю, что во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, чтобы ход медицинского вмешательства был изменен врачами по их усмотрению.

- Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что медицинское вмешательство сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

- Я предупрежден(а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные медицинские вмешательства, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

- Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемых) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я знаю, что во время медицинского вмешательства возможна потеря крови и даю согласие на переливание донорской или ауто (собственной) крови и ее компонентов.

- Я согласен(на) на запись хода медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Я проинформирован(а) о предстоящем мне лечении согласно каждой процедуры, указанной в Предварительном плане лечения, в том числе о возможных альтернативных вариантах лечения, видах восстановления протезированием, методах восстановления отсутствующего зуба с помощью съёмных и несъёмных конструкций, видах применяемой аппаратуры и оборудования, ортопедических конструкций, и иных средств, способов и методик лечения, если они предусмотрены Предварительным планом лечения, предварительных мероприятиях перед началом лечения, стоимости и продолжительности лечения.

- в случае установки имплантов я осознаю, что могут возникнуть дополнения и изменения в плане лечения в ходе операции или во время лечения, такие как добавление искусственной кости и т.д. и готов(а) полностью их оплатить. Я оставляю за врачом право на выбор типа необходимого(ых) имплантата(ов).

- Я проинформирован(а), что случаются отторжения имплантатов и искусственной костной ткани. Я понимаю, что в случае отторжения имплантата, его необходимо удалить, а в случае отторжения внесённого объёма костной ткани или её резорбции, возможно, будет необходима дополнительная порция костной ткани.

- Я осознаю обстоятельства, осложняющие проведение некоторых медицинских процедур, указанных в Предварительном плане лечения, и их успешность, как курение, неудовлетворительная гигиена полости рта, повышенный рвотный рефлекс, аллергия на применяемые медикаменты.

- Я осознаю, что стабильность результата проводимых процедур полностью зависит от моего образа жизни, характера питания и эффективности личной гигиены полости рта.

- Я предупрежден(а), что некоторые процедуры сопровождаются возникновением дискомфорта, связанного с повышением чувствительности зубов во время процедуры на 1-2 день после процедуры, появление незначительной, продолжительной чувствительности при пережевывании твердой пищи, которое проходит самостоятельно, микротравмами слизистой оболочки полости рта, обострением хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта, возникновением аллергических реакций на применяемые материалы и медикаменты, повреждение реставраций (особенно находящихся в неудовлетворительном состоянии), повреждение ортодонтических аппаратов и ортопедических конструкций.

- Я понимаю, что успешный результат проведенных процедур может быть значительно снижен в следующих случаях: неполный курс лечения, не дающий стабильного результата; применение процедур и прием медикаментов, не назначенных врачом (самолечение); наличие (возникновение) аллергических реакций (в случае, если я не указал(а) об этом в медицинской анкете) на применяемые материалы и медикаменты; отказ от санации (хирургической или терапевтической), что ведет к сохранению очагов хронической инфекции, влияющих на общее состояние организма; наличие системных заболеваний и обменных нарушений, требующих лечения у других специалистов; плохой уход за полостью рта; активное курение; приём алкоголя накануне или сразу после процедуры.

- в случае необходимости применения хирургических операций, удаления зуба, установки имплантов и иных сложных медицинских процедур, указанных в Предварительном плане лечения, мне разъяснили возможные риски и осложнения, связанные с подобными операциями, обезболиванием и приёмом препаратов, как боль, гематомы, тошнота, воспаление в послеоперационном периоде; кровотечение; в послеоперационный период – инфицирование; онемение языка, губ, подбородка, зубов, которое может сохраняться некоторое время; ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся до нескольких дней, по поводу которого доктор назначит препараты, если сочтет необходимым; нарушение целостности верхнечелюстной (гайморовой) пазухи, воспалительные осложнения в области верхнечелюстных (гайморовых) пазух; ограниченное открытие рта; повреждение имеющихся зубов; развитие послеоперационных отеков; флебиты, кровотечения; аллергические реакции и другие неожиданные последствия и осложнения.

- Я осознаю, что в силу различных факторов, как анатомические особенности полости рта и состояния костных тканей, особенностей состояния здоровья, проявления противопоказаний в ходе лечения и иных факторов, которые могли быть заранее не известны лечащему врачу, имплант может не прижиться, а повторная имплантация может оказаться невозможной по медицинским показаниям. В этом случае я даю согласие на применение иных методик протезирования помимо имплантации, с которыми меня ознакомит лечащий врач в случае возникновения такой ситуации.

- Я осознаю риски возникновения осложнений, в результате которых может быть удален зуб или зубы, в отношении которых проводились медицинские манипуляции и процедуры их лечению.

- Я осознаю, что ортодонтическое лечение, в случае его применения, может привести к иному эстетическому эффекту, чем ожидалось, из-за особенностей данного вида лечения и ортодонтических конструкций, вид и конфигурация которых могут иметь отрицательный эстетический эффект из-за индивидуальных особенностей полости рта, анатомических особенностей расположения зубов и иных факторов.

- Я понимаю, что невозможно точно прогнозировать время заживления мягких тканей и костей после проведения медицинских процедур.

- Я ознакомлен(а) и даю согласие на проведение выбранного лечащим врачом метода анестезии и анестезирующего препарата.

- Я даю согласие на проведение рентгенологического обследования для повышения качества диагностики и текущего анализа процедуры.

- Лечащий врач понятно объяснил мне принципиальную необходимость осуществления комплексной стоматологической реабилитации, если таковая имеется в Предварительном плане лечения, в состав которой входят и хирургические методы лечения.

- Я даю согласие с Предварительным планом лечения и понимаю, что он не исключает возможности появления необходимых для осуществления лечебного плана дополнений и изменений, которые могут возникнуть в ходе врачебной манипуляции или этапах лечения. В том числе остеопластические манипуляции, операция на мягких тканях, добавление искусственной кости, использование различных резорбируемых и нерезорбируемых мембран, иных лекарственных и замещающих препаратов, наложения швов и т.д., и готов(а) полностью их оплатить.

- Я оставляю за врачом право на выбор используемых им необходимых препаратов и материалов.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов, и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Я понимаю, что нарушение правил гигиены полости рта может приводить к таким негативным последствиям, как деминерализация эмали, вплоть до развития кариеса и его осложнений, гингивиты, воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта, откол эмали при снятии аппаратуры, обострение хронических заболеваний пародонта.

- Я обязуюсь выполнять все предписанные гигиенические процедуры и понимаю, что при несоблюдении этого условия доктор имеет право прервать начатое лечение на любом этапе во избежание возникновения указанных ниже осложнений.

- Меня ознакомили с необходимостью регулярных визитов в клинику как во время активного этапа лечения, так и в период ретенции. Я понимаю, что несоблюдение этого условия может приводить к изменению запланированных сроков лечения, влиять на качество проводимого лечения и приводить к возникновению рецидива зубочелюстной аномалии.

- Я ознакомлен(а) с предлагаемой аппаратурой, если таковая предусмотрена Предварительным планом лечения, мне понятна необходимость тщательного соблюдения рекомендаций по гигиене полости рта, режиму пользования и уходу за аппаратурой, периодичности регулярных визитов в клинику для контроля и активации аппаратуры.

- Я понимаю, что предложенное мне лечение является вмешательством в биологический организм, обладающий индивидуальной реакцией на оказываемую нагрузку, поэтому невозможно гарантировать стопроцентный успех как отдельных этапов лечения, так всего лечения в целом. Меня информировали, что в силу ряда факторов (например, индивидуальных анатомических особенностей зубов), лечение может быть не окончанием стоматологической реабилитации, а лишь этапом перед эстетической реставрацией.

- Я понимаю и то, что зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается возрастным изменениям (как при наличии искусственных протезов, так и без них), которые проявляются в обнажении зубов, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твёрдых тканей зубов и т.д. Поэтому через какое-то время, зависящее только от скорости протекания процессов физиологического износа, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо замены ортопедических конструкций в случае их применения.

- Я поставлен(а) в известность о возможных рисках и осложнениях в ходе лечения, и о том, что в связи с высокой степенью риска возникновения осложнений в ходе лечения, а также рецидива по причине, не зависящим от лечащего врача, определение конкретных прогнозов по данному виду работ невозможно.

- Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. На все заданные вопросы я получил(а) понятные мне исчерпывающие ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся моего поведения в ходе предлагаемого лечения и после его окончания. Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, предупредил(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях организма, наличия в анамнезе и по факту заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемого лечения или служить противопоказанием к его проведению.

- Я проинформирован(а) и предупрежден(а) обо всех вышеизложенном, полностью сознаю, что предлагаемое медицинское вмешательство показано мне по состоянию моего здоровья. В связи с этим я осознанно и добровольно ДАЮ СОГЛАСИЕ на проведение лечения и медицинские процедуры, указанные в Предварительном плане лечения и последующих дополнениях и изменениях плана лечения, с которыми я буду ознакомлен(а).

- Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, предоставил(а), в меру своей осведомленности, информацию об индивидуальных особенностях и реакциях моего организма, наличие в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказать влияние на планирование и ход предлагаемого лечения или служить противопоказанием к его проведению.

При подписании данного соглашения на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от процедуры, либо дать свое согласие.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, в котором определит лечащий врач.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

Дата: \_\_\_\_\_ г.

Пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. Подпись

Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
должность Ф.И.О. подпись