

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА СНЯТИЕ ЗУБНЫХ УКРАШЕНИЙ

от «____» _____ 20__ г.

Я, _____

(ФИО)

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о том, что снятие зубного украшения - исключительно косметическая процедура, выполняемая по моему желанию.

Мне было разъяснено и понятно, что снятие зубных украшений производится быстро, безболезненно и без нарушения целостности зуба: участок зуба, на котором крепилось украшение, будет отполирован специальной пастой, и зуб приобретет первоначальный вид, если только зуб не был поврежден ранее, при установке зубного украшения.

Я понимаю то, что говорить об альтернативных методах лечения не приходится, так как снятие зубного украшения лечением вообще не является, а является лишь косметической процедурой.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что после снятия зубных украшений желательно проверить состояние полости рта и, если это необходимо, провести профессиональную чистку зубов. На эти виды медицинского вмешательства мне будут предложены к изучению и подписанию отдельные информированные добровольные согласия.

Я был(а) информирован(а) врачом о том, что противопоказаний к снятию зубных украшений не существует.

Мне разъяснено, понятно, и я принимаю то, что ни врач, проводящий снятие зубных украшений, ни клиника не предоставляют никаких гарантий на данную косметическую процедуру и не несут ответственности за утрату украшения. Ни врач, ни клиника не несут никакой ответственности за качество драгоценных камней или драгоценного металла входящих в состав зубного украшения, если только оно (зубное украшение) не было приобретено в самой стоматологической клинике в установленном законом порядке. Снятие зубных украшений является биологической процедурой и поэтому она не может иметь гарантии на успех, также, как и любое другое медицинское вмешательство.

При снятии зубных украшений положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение процедуры специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведения означенной процедуры.

Я проинформировал врача обо всех случаях аллергии на медикаментозные препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль в прошлом и настоящее время. Я обязуюсь незамедлительно сообщать моему лечащему врачу обо всех изменениях моего здоровья.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я соглашаюсь с тем, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечности десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а), возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях. Я подтверждаю, что в Анкете назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни. Я

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства врачом клиники.

Беседу провел врач _____ / _____
(подпись, Ф.И.О.)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства _____ (подпись)