

**Информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях и предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, а также о последствиях несоблюдения рекомендаций врача и Информированное добровольное согласие на медицинское обследование (основание - ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 323-ФЗ от 21.11.2011).**

Я, Заказчик / Потребитель (укажите Полное Фамилия Имя Отчество)

\_\_\_\_\_  
, являясь законным представителем<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (**ненужное зачеркнуть**) Обществу с ограниченной ответственностью «Айкьюдента».

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я проинформирован, что целью обследования является: распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия заболеваний зубов и других органов челюстно-лицевой области, постановка диагноза, а также составление плана лечения. Я понимаю, что максимально точная постановка диагноза стоматологических заболеваний, исключение заболеваний челюстно-лицевой области, являются приоритетом врача при назначении диагностических мероприятий. Я информирован о том, что результаты обследования будут внесены в амбулаторную карту, доведены до меня лично в устной форме, а при необходимости будут предоставлены мне в виде выписки. При этом будут строго соблюдены принципы сохранности врачебной тайны. Я информирован(а) о том, что методы обследования и лечения, используемые в клинике ООО «АЙКЬЮДЕНТА» соответствуют медицинским стандартам, клиническим рекомендациям и протоколам, утверждённым и рекомендованным Министерством здравоохранения Российской Федерации и Стоматологической Ассоциацией России. При обследовании применяются оборудование, технологии и материалы, сертифицированные для применения в Российской Федерации.

В целях постановки, уточнения диагноза, выбора мероприятий по лечению, специалисты Исполнителя, \_\_\_\_\_ проводят методы оказания медицинской помощи (диагностическое обследование), которые включают в себя :

**1. Опрос о состоянии здоровья.** О состоянии здоровья я сообщил(а) в Анкете здоровья пациента (приложение к медицинской карте стоматологического больного 043/у). Я подтверждаю, что предложенная

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Заполняется законным представителем(попечителем) в случае заключения договора в пользу третьего лица - Пациента



мне «Анкета пациента» о перенесенных мною заболеваниях и имевших место осложнениях заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна. Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся заболеваний, травм и ранее выполненных операций.

**2. Осмотр полости рта и челюстно-лицевой области**, который обязательно предполагает использование различных стоматологических инструментов (зеркало, зонд, пинцет и др.).

**3. Рентгенологическое обследование.** Метод является основным для диагностики состояния твердых тканей зуба и проводится при отсутствии противопоказаний. На первичной консультации проводится диагностическая ортопантограмма, а также диагностические интерпроксимальные (прикусные) снимки. Такая диагностика позволяет выявить наличие скрытого кариеса, деструкцию костной ткани, пародонтит, наличие зубных камней, качество ранее поставленных пломб и коронок. Диагностические снимки проводятся каждые 2 года на профилактических осмотрах. Проведение прицельных рентгенологических снимков требуется при глубоком кариесе, а также при осложненных формах кариеса (пульпит, периодонтит), а также на этапах лечения для оценки качества лечения. Я понимаю, что последствия отказа от проведения необходимых диагностических обследований заключаются в том, что врач-стоматолог не сможет провести качественную диагностику, назначить своевременное лечение и исключить возможные осложнения после лечения. Я проинформирован(а) о рисках при проведении рентгенологического обследования и противопоказаниях, которыми являются: проживание в зонах радиоактивных катастроф; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений; проведение курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний менее, чем за 6 месяцев до настоящего времени; выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям). Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

**4. Обследование зубов при помощи Диагноката** – это одна из современных и перспективных технологий в РФ и основана на методе просвечивания зуба лазерным лучом. Поврежденные кариозным процессом ткани зуба плохо проводят лазерный свет, это связано с изменением структуры зуба. Цифровая камера фиксирует изображение зуба (здоровые ткани зуба светятся, пораженные ткани видны в виде затемненных на общем фоне участков), компьютер фиксирует полученный результат в режиме реального времени. Метод позволяет определить кариозное повреждение на ранней стадии, не имеет противопоказаний, может быть использован детям, беременным, кормящим матерям.

**5. Внутриротовое фотографирование и видеосъемка** – необходимы для динамического наблюдения за состоянием полости рта, а также для оценки качества проведенного лечения. Используется профессиональная камера. Противопоказаний нет. Я информирован(а), что во время фотографирования необходимо закрыть глаза для защиты зрения от вспышки.

**6. Окрашивание зубов кариес-маркером и окрашивание зубного налета** – применяется в стоматологии для визуализации зубного налета, кариозных повреждений. Используемый краситель не имеет противопоказаний, смывается при чистке зубов.

**7. Внутриротовое объемное сканирование зубов** с записью результата в виде 3D модели при помощи интраорального сканера – необходимо для диагностики зубных рядов, прикуса и артикуляции при планируемом последующем изготовлении стоматологической ортопедической конструкции. Метод диагностики не имеет противопоказаний.

**8. Снятие оттисков с зубов** – необходимо для изучения состояния зубных рядов, прикуса и артикуляции. В большинстве случаев врачу достаточно результатов основных диагностических мероприятий. Меня предупредили, что в ходе лечения могут потребоваться дополнительные консультации врачей-стоматологов смежных специальностей, а также могут понадобиться заключения и результаты исследований врачей- узких специалистов. В случае если объем диагностических мероприятий по обследуемой проблеме будет выходить за рамки диагностических возможностей и спектра услуг, предоставляемых клиникой, мне будет дана информация о лечебно-диагностических заведениях, в которых существуют возможности по более углубленному обследованию и лечению моего заболевания.

**9. Термометрия** (различные методы и способы измерения температуры тела человека).



**10. Тонометрия** (процедура измерения артериального давления при помощи специального аппарата - тонометра)

**11. Исследования функций нервной системы** (чувствительной и двигательной сферы) путем различных проб и тестов (исследование устойчивости, равновесия, кинестетической чувствительности, мышечного тонуса, рефлексов и пр.).

За исключением опроса, проводимого на любом приеме любого специалиста, все остальные перечисленные методы диагностики применяются при наличии соответствующих показаний.

**Профессиональная гигиена (чистка) зубов.** Целью гигиенической чистки зубов является снятие мягкого инфицированного зубного налета и минерализованных зубных отложений с поверхности зубов и под десной. Я информирован(а): о необходимости и частоте проведения профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным планом профилактических мероприятий; о возможности в результате проведения гигиенической чистки осветления только до натурального цвета, так как эта процедура не относится к отбеливающим технологиям. Я проинформирован(а): о возможных негативных последствиях частичного или полного отказа от проведения профессиональной гигиены полости рта, а именно: прогрессирование заболеваний пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета, запах изо рта; о возможных осложнениях на этапах и после лечения, а именно: в процессе лечения – дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, образование гематомы, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; выпадение дефектных пломб, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; эмфизема мягких тканей; после лечения – повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в деснах, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба. Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим/врачом-стоматологом и понятна информация о гарантиях, а именно: невозможность обозначения сроков гарантии по причине специфики данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки, состав питьевой воды и т.д.). Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур; стоимость процедур.

**Применение местной инъекционной анестезии** - мне разъяснена данная процедура, которая проводится с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии большинство стоматологических вмешательств не могут быть произведены. Я получил(а) информацию об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии. Местная анестезия проводится в зоне вмешательства и предусматривает одну или несколько инъекций 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 виде временной потери чувствительности в области обезболивания. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями. Введение анестетика проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше. Я осознаю риск, связанный с применением анестезии и медицинских препаратов, которые могут вызвать нарушение сознания и дыхания, дисфункцию мышц, судороги, сердцебиение, коллапс, повышение АД, отек и воспаление в месте инъекции, аллергию, кровотечение, гематомы, некроз тканей, потерю чувствительности языка, губ, неба, кожи лица и шеи, повреждения сосудов и нервов. 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) о 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.

**Конструктивные особенности.** Я уведомлен, что искусственные стоматологические изделия имеют конструктивные особенности (несколько примеров и коррекций протезов, расцементировки ортопедических конструкций и брекетов, неудобства использования, раскручивание фиксирующих



ортопедические конструкции винтов на имплантатах, разница в цвете зубов, пломб, коронок, виниров при разном освещении, пульпит витального зуба под пломбой или коронкой и др.), наличие которых не является недостатком оказанных услуг. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мною результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих стандартов и протоколов лечения. Я понимаю, что специалисты клиники не несут ответственность за последствия медицинских осложнений лечения, аллергических реакций, побочные действия лекарственных средств и иных препаратов, за качество ранее проведенного в других медицинских учреждениях лечения и возникновение негативных последствий, связанных с возникновением, наличием и обострением уже имеющихся у Пациента острых и хронических заболеваний. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после сдачи стоматологической конструкции не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя. Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении лицам, его оплачивающим, и близким родственникам. Информация о состоянии моего здоровья может быть сообщена следующим лицам:

---

(Ф.И.О., адрес, телефон).

Все термины данного информированного согласия, а также цели каждой диагностической манипуляции мне понятны, на возникшие вопросы получены полные и ясные мне ответы. Я понимаю, что факт дачи мною согласия на медицинское вмешательство имеет соответствующие юридические последствия. Я подписываю настоящее согласие на медицинское вмешательство, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой информацией для принятия решения.

Мне известно, что отказ от медицинского вмешательства в соответствии с пунктом 7 статьи 20 Федерального закона 323 ФЗ от 21.11.2011 оформляется в медицинской документации и подписывается мною, а также медицинскими работниками. Я разрешаю/не разрешаю (**подчеркнуть**) использовать информацию о заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе, размещать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности в печатных изданиях и сети Интернет. Я согласен(на) на медицинское обследование, в чем расписался (ась) собственноручно

---

(Ф.И.О., подпись пациента)

Беседу провел(а) врач

---

Дата \_\_\_\_\_