

Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство

г. Екатеринбург

« ____ » _____ 20__ г.

Я, _____,
(ФИО, дата и год рождения)

проживающий (ая) по адресу: _____,
в соответствии с требованиями ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне следующих медицинских услуг:

_____.

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание моему ребенку

_____.

(ФИО ребенка, дата и год рождения)

следующих медицинских услуг: _____.

После обследования, беседы с врачом на языке, понятном мне, мне сообщены сведения об этиологии и патогенезе заболевания (состояния), методах диагностики, мне понятен план, объем лечения, разъяснено альтернативное лечение, возможные осложнения на этапах лечения, методах и результатах их коррекции и с их учетом изменение плана лечения, необходимость дополнительного обследования, изменение сроков лечения, дополнительной оплаты, я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства, осведомлен (а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения побочных эффектов и осложнений. С правилами оказания платных медицинских услуг ознакомлен (а).

Мне сообщен диагноз, а также разъяснено, что допускается уточнение диагноза в процессе лечения. Мне сообщено, что допускается коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

В том числе я проинформирован (а) о том, что:

При получении медицинской услуги по лечению у остеопата нарушений функций микро и макроподвижности моего организма:

Мне разъяснено, что остеопатическое лечение заключается в ручном воздействии на структуры черепа, позвоночника, ребер, таза, крестца, суставы, мышечно-связочно-фасциальный аппарат, внутренние органы, проводимое врачом-специалистом с целью устранения функциональных блоков в данных структурах и восстановления подвижности между ними. Мне также разъяснено врачом, что остеопатическое лечение может включать в себя несколько приемов и эффект от лечения может быть замечен только через некоторое время.

Мне разъяснено, что побочные эффекты в виде болевых ощущений в различных частях тела, головокружение, повышение температуры тела, лихорадка, могут возникнуть спустя некоторое время после приема у остеопата. Такие болевые ощущения не являются некачественным оказанием услуги, а вызваны реакцией организма на проводимое лечение. Мне разъяснены мои действия (прием лекарств, выполнение упражнений и др.) с целью исключения таких побочных эффектов. Также я обязуюсь сообщить о таких побочных эффектах своему врачу на очередном приеме.

Мне разъяснено, что, хотя предложенное остеопатическое лечение поможет мне сохранить мое здоровье, тем не менее, оно является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская манипуляция/операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов.

При получении медицинской услуги по стоматологическому лечению у ортодонта:

Мне разъяснено, что рекомендованное ортодонтическое лечение - это медицинское вмешательство, которое своей целью имеет лечение и профилактику зубочелюстных патологий, в том числе исправление прикуса, а также проводится в эстетических целях и является эффективным способом устранения дефектов и аномалий положения отдельных зубов, зубных рядов, прикуса. Это достигается воздействием специальной аппаратуры (съёмной или несъёмной, внутри или внеротовой, а также их комбинацией) на зубы, периодонт, и костную ткань челюстей. Лечение ортодонтической патологии осуществляется посредством перемещения зубов и зубных рядов, а так же за счет влияния, оказываемого на рост детских челюстей в правильном направлении.

Мне разъяснено, что последствиями отказа от ортодонтического лечения могут быть: кариес, перелом зуба(ов); поражение опорного аппарата зубов (пародонта), проявляющееся воспалением околозубных тканей, припухлостями, болями, инфекцией, абсцедированием, подвижностью зубов и их последующей потерей; поражение височно-нижнечелюстного сустава с нарушением его функции и болевым синдромом; прогрессирование

зубочелюстных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, появление промежутков между зубами; неполноценное функционирование зубочелюстной системы и, как следствие, преждевременная потеря зубов и/или костной ткани; косметические, эстетические, а в связи с ними и психоэмоциональные проблемы, вызванные «неправильным» соотношением челюстей, зубов и зубных рядов; нарушения в деятельности жевательных мышц, боли; нарушение функции жевания, дыхания, речи.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною следующего: соблюдение всех рекомендаций, регулярный осмотр у доктора во время лечения, по его окончании в течение всего периода использования ретенционного аппарата, гигиена полости рта, строгое следование этапам лечения, соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу. До меня доведена информация для самолечения, особенностям питания, режима, приема медикаментов, самоуходу.

Мне разъяснено, что срок ортодонтического лечения составляет от 6 месяцев до 5 лет, не может быть точно конкретизирован врачом, т.к. срок лечения зависит от индивидуальных особенностей организма пациента и реакции организма на проводимое медицинское вмешательство. Мне понятно, что лечение проводится поэтапно, переход от одного этого этапа к другому осуществляется только врачом.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною следующего: соблюдение всех рекомендаций, регулярный осмотр у доктора во время лечения, по его окончании в течение всего периода использования ретенционного аппарата, гигиена полости рта, строгое следование этапам лечения, соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу. До меня доведена информация для самолечения, особенностям питания, режима, приема медикаментов, самоуходу.

Хотя предложенное ортодонтическое лечение поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, мне сообщили, что оно является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной ортодонтической гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Ортодонтические аппараты являются инородным телом в полости рта, привыкание к которому требует терпения и времени. Денежные средства, уплаченные за коррекцию ортодонтическими аппаратами (конструкциями) надлежащего качества, к ношению которых Пациент не может привыкнуть, возвращены не будут вследствие отсутствия вины Клиники в невозможности Пациента приспособиться к ношению таких конструкций.

Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья, в том числе возможно появление кариеса вокруг брекетов, налет вокруг брекетов и ретейнеров, обострения заболевания пародонтов, поломки системы и травмирование слизистой оболочки полости рта, рецидива аномалии или деформации отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы.

Мне разъяснено, что последствиями отказа от ортодонтического лечения или иного стоматологического лечения могут быть: кариес, перелом зуба(ов); поражение опорного аппарата зубов (пародонта), проявляющееся воспалением околозубных тканей, припухлостями, болями, инфекцией, абсцедированием, подвижностью зубов и их последующей потерей; поражение височно-нижнечелюстного сустава с нарушением его функции и болевым синдромом; прогрессирование зубочелюстных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, появление промежутков между зубами; неполноценное функционирование зубочелюстной системы и, как следствие, преждевременная потеря зубов и/или костной ткани; косметические, эстетические, а в связи с ними и психоэмоциональные проблемы, вызванные «неправильным» соотношением челюстей, зубов и зубных рядов; нарушения в деятельности жевательных мышц, боли; нарушение функции жевания, дыхания, речи.

Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья, в том числе возможно появление новых заболеваний и обострения имеющихся заболеваний, травмирование слизистой оболочки полости рта, рецидива аномалии или деформации отдельных зубов или зубных рядов.

Я извещен (а) о том, что при лечении будут применяться лекарственные препараты и согласен (-на) на их применение. Я извещен (а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), **за исключением:**

(указать какие, если имеются исключения).

Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского

инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною следующего: соблюдение всех рекомендаций, регулярный осмотр у доктора во время лечения, по его окончании не менее 1 раза в 6 месяцев, регулярная гигиена полости рта. До меня доведена информация для самолечения, особенностям питания, режима, приема медикаментов, самоуходу.

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 и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об **аллергических проявлениях:**

_____ (указать какие имеются аллергические реакции или непереносимость препаратов)

или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я понимаю, что медицинская услуга, выполненная врачом в объеме и сроки, предусмотренные договором на оказание медицинских услуг, с соблюдением требований действующего законодательства РФ может не дать желаемого результата (эффекта) в соответствии с моими ожиданиями. Однако в этом случае услуга считается оказанной и денежные средства возврату не подлежат. Не соответствие результатов полученной медицинской услуги моим ожиданиям не является безусловным основанием признания такой оказанной услуги некачественной.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

Я получил(а) ответы на все мои вопросы и доверяю квалификации врача. Я понимаю сущность манипуляции (метода), перспективах и результатах медицинского вмешательства. Учитывая уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой манипуляции. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я получил(а) исчерпывающую информацию о влиянии медицинского вмешательства на качество жизни, методах реабилитации, методах первичной и вторичной профилактики. Мне известны потенциально опасные для жизни и здоровья методы профилактики, диагностики и лечения и с учетом сведения о возможных осложнениях, методах их профилактики и коррекции. До меня доведена информация для самолечения, особенностям питания, режима, приема медикаментов, самоуходу.

С прайс-листом ознакомлен (а) и согласен (а).

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья **следующим лицам:**

_____.

«__» _____ 20__ г. _____ / _____ /

(Подпись пациента или его законного представителя)

Врач: _____ (подпись, ФИО) «__» _____ г.

Дата	ФИО и подпись врача	ФИО и подпись пациента

