



Наша клиника строго руководствуется:

- Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;
  - Федеральным законом «О защите прав потребителей»;
  - современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.
- Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

### **Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства**

#### **Пародонтологическое лечение**

(лечение десен и мягких тканей, окружающих зубы)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен(согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, \_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_

В исключительных случаях (например, болезнь врача) центр может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Диагноз: \_\_\_\_\_

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план пародонтологического лечения и подготовки к нему.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. 2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно:

2.6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное дописать, ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; появление других заболеваний, вызванных заболеванием десен: \_\_\_\_\_

2.7. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.

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

2.9. Возможные осложнения в процессе лечения, а именно (ненужное зачеркнуть, нужное добавить): болевые ощущения, отек десны и мягких тканей; образование гематомы; появление или усиление подвижности зуба (зубов); увеличение атрофии альвеолярного отростка челюсти; обнажение корня зуба;

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно: сложность предсказания конкретного результата планируемого лечения или обозначения сроков гарантий по причине медицинской специфики пародонтологического лечения и индивидуальных особенностей организма каждого пациента.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения.

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- получение ортопантограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;
- консультация стоматолога(ов) иного профиля: \_\_\_\_\_

- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля: \_\_\_\_\_

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_