



Информированное добровольное согласие на остеопластическую операцию

Информированное согласие составлено в соответствии со ст.20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ.

Я, (ФИО) _____

осведомлен о способе, цели и характере предполагаемого лечения, я так же осведомлен о других возможных способах лечения без проведения остеопластической операции.

Мне известно, что для успешного проведения операции я обязан пройти рентгеновское обследование, профессиональную гигиену и санацию полости рта. Все назначения и рекомендации доктора я должен выполнять на всех этапах лечения.

Я осведомлен о возможных неприятных ощущениях и осложнениях, связанных с операцией: аллергия на медикаменты, воспалительные процессы в челюстно-лицевой области, изменение цвета десны, повреждение зубов, проникновение верхнечелюстной пазухи, онемение кожи губ, подбородка. В случае возникновения таких осложнений и возможности их устранения в ООО «ПРОТА», я согласен дополнительно оплатить лечение по устранению таких осложнений по расценкам, установленным в ООО «ПРОТА»

Я знаю, что во время оперативного вмешательства может выявиться необходимость в расширении, изменении или отказе от запланированного лечебного мероприятия. Я знаю также, что изменения в плане лечения возможны и на последующих этапах лечения. Я понимаю, что все изменения должны диктоваться клинической необходимостью и согласен с ними, а также согласен с оплатой в полном объеме всех медицинских услуг, оказанных мне до отказа от лечебного мероприятия.

Я понимаю, что окончательный план протезирования определяется после успешного приживления костного блока.

Мне объяснено, что не исключена возможность неудачной посадки костного блока, связанного с особенностями моего организма, отторжения блока по объективным причинам, не связанным с неправильным применением лечения.

О требуемом поведении непосредственно перед операцией и после нее я осведомлен. Мне известно, что после проведения оперативного вмешательства мне запрещено управление транспортными средствами в течение 24 часов, в том случае, если операция будет проводиться под анестезией.

Мне предоставлена информация о наименовании анестетика в виде обезболивания. С данным видом анестетика и видом обезболивания согласен (согласна).

При проведении анестезии возможно возникновение: аллергических реакций (анафилактический шок, крапивница, обморок, коллапс, удушье, отек), астматического приступа, подъема артериального давления, увеличения частоты сердечных сокращений, гематом, затрудненного открывания рта, болезненности в месте укола, травм ветви тройничного нерва.

Я подтверждаю, что назвал все известные мне болезни и недуги.

Мне известно, что до операции я могу отозвать данное мною согласие на имплантацию.

«__» _____ 20__г

Подпись пациента/представителя _____



Информированное добровольное согласие на зубную имплантацию

Информированное согласие составлено в соответствии со ст.20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ.

Я, (ФИО) _____

осведомлен о способе, цели и характере предполагаемого лечения, я так же осведомлен о других возможных способах лечения без применения имплантатов.

Мне известно, что для успешного проведения имплантации и протезирования я обязан пройти рентгеновское обследование, гигиеническую подготовку и санацию полости рта. Все назначения и рекомендации доктора я должен выполнять на всех этапах лечения.

Я осведомлен о возможных неприятных ощущениях и осложнениях, связанных с операцией имплантации: аллергия на медикаменты, воспалительные процессы в челюстно-лицевой области, изменение цвета десны, повреждение зубов, проникновение верхнечелюстной пазухи, онемение кожи губ, подбородка. В случае возникновения таких осложнений и возможности их устранения в ООО «ПРОТА», я согласен дополнительно оплатить лечение по устранению таких осложнений по расценкам, установленным в ООО «ПРОТА»

Я знаю, что во время оперативного вмешательства может выявиться необходимость в расширении, изменении или отказе от запланированного лечебного мероприятия. Я знаю также, что изменения в плане лечения возможны и на последующих этапах лечения. Я понимаю, что все изменения диктуются клинической необходимостью и согласен с ними, а также согласен с оплатой в полном объеме всех медицинских услуг, оказанных мне до отказа от лечебного мероприятия.

Я понимаю, что окончательный план протезирования определяется после успешного имплантирования и приживления имплантата.

Мне объяснено, что не исключена возможность неудачного имплантирования, связанного с особенностями моего организма, отторжения имплантата по объективным причинам, не связанным с неправильным применением лечения.

О требуемом поведении непосредственно перед операцией и после нее я осведомлен. Мне известно, что после проведения оперативного вмешательства мне запрещено управление транспортными средствами в течение 24 часов, в том случае, если операция будет проводиться под анестезией.

Мне предоставлена информация о наименовании анестетика в виде обезболивания. С данным видом анестетика и видом обезболивания согласен (согласна).

При проведении анестезии возможно возникновение: аллергических реакций (анафилактический шок, крапивница, обморок, коллапс, удушье, отек), астматического приступа, подъема артериального давления, увеличения частоты сердечных сокращений, гематом, затрудненного открывания рта, болезненности в месте укола, травм ветви тройничного нерва.

Я подтверждаю, что назвал все известные мне болезни и недуги.

Мне известно, что до операции я могу отозвать данное мною согласие на имплантацию.

«__» _____ 20__г

Подпись пациента/представителя _____



Отказ от проведения медицинского вмешательства

Я, _____
Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ года рождения

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____ паспорт: _____,

выдан: _____

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

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

находясь на лечении (обследовании) в ООО «ПРОТА», отказываюсь от проведения медицинского вмешательства мне (представляемому).

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние сведения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (заболевания представляемого), включая данные о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;

- Мне подробно в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия моего отказа (отказа представляемого) от предлагаемого медицинского вмешательства. Я осознаю, что отказ от медицинского вмешательства (лечения) может отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (здоровья представляемого) и даже привести к неблагоприятному исходу.

Возможные последствия отказа от медицинского вмешательства:

_____ (указываются врачом)

Дополнительная информация:

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно, пользуясь своим правом, предусмотренным статьей 33 "Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан", отказываюсь от проведения медицинского вмешательства (лечения).

Я прочитал(а) текст данного отказа, и понял его.

_____ / _____
(подпись (Ф.И.О.) гражданина или законного представителя гражданина)

«___» _____ 20__ г.

Расписался в моем присутствии:

Врач _____

(подпись) | (должность, И.О. Фамилия)

ПРИМЕЧАНИЕ:

Гражданин или его законный представитель имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения.

НЕ ДОПУСКАЕТСЯ отказ от лечения или медицинского вмешательства лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

На основании пункта 3 статьи 17 Федерального закона от 09.01.1996 N 3-ФЗ "О радиационной безопасности населения" гражданин (пациент) имеет право отказаться от медицинских рентгенологических процедур, за исключением профилактических исследований, проводимых в целях выявления заболеваний, опасных в эпидемиологическом отношении.

На основании пункта 2 статьи 9 Федерального закона от 18.06.2001 N 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" диспансерное наблюдение за больными туберкулезом устанавливается независимо от согласия таких больных или их законных представителей.

На основании пункта 1 статьи 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ граждане при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на отказ от профилактических прививок. Отсутствие профилактических прививок влечет: запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок; временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий; отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

При отказе от медицинского вмешательства гражданину или его законному представителю в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается гражданином либо его законным представителем, а также медицинским работником.

При отказе родителей или иных законных представителей лица, не достигшего возраста 15 лет, либо законных представителей лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, от медицинской помощи, необходимой для спасения жизни указанных лиц, больничное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов этих лиц.

От подписи бланка добровольного информированного согласия на отказ от проведения медицинского вмешательства отказался (отказалась): _____

Врач _____
(подпись) | (должность, И.О. Фамилия)

«___» _____ 20__ г.