



Приложение к медицинской карте № _____
Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

« _____ » _____ 201__ г.

Информированное согласие на проведение процедуры отбеливания зубов

Я, _____

(фамилия, имя, отчество гражданина, одного из родителей ребенка до 15 лет, иного законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть)

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство Процедура отбеливания зубов,
(наименование вида медицинского вмешательства)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован (а) о предстоящей мне процедуре отбеливания зубов, её стоимости и продолжительности.

Я ознакомлен (а) со всеми этапами, методами, и средствами, используемыми в процессе работы.

Мне объяснили, что для большей эффективности или в случае сильной болевой чувствительности зубов, процедура отбеливания зубов может проводиться в два визита, что определяется врачом-гигиенистом в каждом отдельном случае.

При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от процедуры, либо дать свое согласие. Я понимаю, что успешный результат проведенной процедуры отбеливания может быть значительно снижен в следующих случаях:

- неполный курс лечения, не дающий стабильного результата;
- применение процедур и прием медикаментов, не назначенных врачом (самолечение);
- наличие (возникновение) аллергических реакций (в случае, если я не указал (а) об этом в медицинской анкете) на применяемые материалы и медикаменты;
- отказ от санации (хирургической или терапевтической), что ведет к сохранению очагов хронической инфекции, влияющих на общее состояние организма;
- наличие системных заболеваний и обменных нарушений, требующих лечения у других специалистов;
- плохой уход за полостью рта;
- активное курение.

Я признаю особые обстоятельства, осложняющие проведение процедуры и ее успешность:

- курение;

- неудовлетворительная гигиена полости рта;
- повышенный рвотный рефлекс;
- аллергия на применяемые медикаменты.

Я осознаю, что стабильность результата проведенной процедуры отбеливания зубов полностью зависит от моего образа жизни, характера питания и эффективности личной гигиены полости рта.

Я предупреждён(а), что данная процедура сопровождается возникновением определённого дискомфорта, связанного с:

- повышением чувствительности зубов во время процедуры и на 1-2 день после;
- микротравмами слизистой оболочки полости рта;
- обострением хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- возникновением аллергических реакций на применяемые материалы и медикаменты.

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. На все заданные вопросы я получил (а) понятные мне исчерпывающие ответы. Я получил (а) все рекомендации, касающиеся процедуры отбеливания зубов.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, предупредил(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма, наличие в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия.

Будучи информированным(ой) и предупрежденным(ой) обо всем вышеизложенном, я полностью осознаю, что предлагаемая процедура не имеет медицинских показаний, а является косметической и проводится по моему желанию. В связи с этим я осознанно и добровольно ДАЮ СОГЛАСИЕ на проведение процедуры отбеливания зубов.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

Я согласен(а) и разрешаю врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, исключив возможность меня идентифицировать.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я принимаю решение осуществить процедуру отбеливания на предложенных мне условиях.

Подпись пациента: _____ / _____ /

(или подпись его законного представителя)

Подпись врача: _____ / _____ /