

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
**на проведение консультации и стоматологического лечения пациентам до 15 лет**  
(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, {ФамилияИмяОтчество} (ФИО родителя либо законного представителя), соглашаюсь с тем, что консультацию и/или лечение, другое вмешательство: \_\_\_\_\_

пациенту \_\_\_\_\_

(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительном падеже) будет проводить врач-стоматолог {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество} и другие врачи ООО «ЮККИДЕНТ». В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом. Я даю согласие на привлечение к моему лечению других специалистов, в том числе врачей, не являющихся работниками Исполнителя (при необходимости).

Мне в доступной форме сообщена полная информация о состоянии здоровья пациента, предстоящем лечении, необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения. Мне разъяснены альтернативные методы лечения и последствия отказа от лечения.

Я информирован(а) о характере и методах предстоящего вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений, а именно:

Я понимаю, что в ходе выполнения согласованного со мной плана лечения может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций.

Я доверяю врачам принимать необходимые в этих случаях решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения состояния пациента.

Врач разъяснил мне, что невозможно точно предсказать способность десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента. Я понимаю, что бывают случаи неудач, когда зуб приходится удалять в связи с развившимися осложнениями.

Я проинформирован(а) об альтернативных видах и методах лечения и о преимуществах предложенного лечения. Я также ознакомлен(а) с планом предлагаемого терапевтического лечения и действием применяемых лекарственных препаратов, с возможным изменением терапии в случае непереносимости пациентом тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния его здоровья, требующего изменения тактики лечения.

Мне известно, что во время терапевтического лечения могут быть выявлены заболевания или состояния, которые потребуют изменения объема медицинского вмешательства, на что я даю свое добровольное согласие.

Мне было сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой производится лечащим врачом при моем согласии. Я понимаю, что всегда имеется риск применения анестезии и такой риск мне был полностью объяснен. Я даю согласие на применение выбранного врачом вида и объема обезболивания.

Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения и отдаленные последствия.

**Возможные исходы проводимого лечения:**

- улучшение клинической ситуации в полости рта;
- стойкая ремиссия заболевания (заболеваний) ротовой полости;
- кратковременный положительный результат лечения;
- отсутствие эффекта лечения.

Эффективность лечения либо отсутствие эффекта непосредственно связаны с первоначальной клинической ситуацией (до начала лечения), общим состоянием организма пациента, работой иммунной системы, а также с регулярным правильным выполнением рекомендаций по домашней гигиене и лекарственной терапии (в случае назначения), изменением питания, наличием или отсутствием вредных привычек.

Я подтверждаю, что анкета о перенесенных заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о здоровье ребенка. Я предоставил(а) сведения обо всех травмах, операциях, заболеваниях, о постоянно и периодически принимаемых лекарственных средствах (инъекциях, мазях, назальных/глазных каплях, пищевых добавках, витаминах), назначенных врачами другого лечебного учреждения или принимаемых самостоятельно. Мне известно, что не предоставление информации о состоянии здоровья может повлиять на эффективность и результаты медицинского вмешательства, и я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я предоставляю ООО «ЮККИДЕНТ» право вести фото- и видеопрокол манипуляций по выбору врача(ей), использовать, обрабатывать, хранить, дублировать, анализировать изображения зубов и лица ребенка, включая рентгенологические снимки, срезы КТ на сайтах в сети Интернет, для контроля качества лечения, для научных публикаций и в программах обучения врачей при соблюдении анонимности (т.е. без указания Ф.И.О. пациента).

Я понимаю, что гарантийные обязательства на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения всех рекомендаций, данных врачами ООО «ЮККИДЕНТ». Я проинформирован(а), что эндодонтическое лечение, объемное восстановление зуба после эндодонтического лечения (при отказе от постановки коронки), лечение

осложнений кариеса (пульпита, периодонтита), а также проведение зубной имплантации проводятся без гарантии в виду особенностей этих видов стоматологической помощи.

Мне сообщено и понятно, что необходимым условием эффективного лечения является выполнение компьютерной томографии, в случае несоблюдения мною рекомендации по проведению КТ до лечения я лишая врачей возможности постановки правильного диагноза и выбора оптимальной тактики моего лечения.

Я подтверждаю, что сообщённая доктору информация об индивидуальных особенностях и состоянии здоровья пациента максимально полная и достоверная. Я осознаю свою ответственность за неполные или искаженные сведения. Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии здоровья пациента.

### Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Пациент \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента, либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись пациента либо законного представителя) {ТекущаяДатаПолная} г.

Врач \_\_\_\_\_ ({Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}) {ТекущаяДатаПолная} г.

### Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Пациент \_\_\_\_\_ } (ФИО пациента либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (подпись пациента либо законного представителя) {ТекущаяДатаПолная} г.

Врач \_\_\_\_\_ ({Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}) {ТекущаяДатаПолная} г.