

Настоящее информированное согласие разработано на основании ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказов Минздравсоцразвития РФ № 390н от 23.04.2012 г., Минздрава России № 1051н от 12.11.2021 г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

Данный раздел заполняется при оказании услуг лицам, не достигшим 15-ти лет:

в отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития РФ № 390н от 23.04.2012г. (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (*не-нужное зачеркнуть*) в ООО «Терапия Красоты+».

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, указанных в настоящем согласии, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

В целях проведения обследования, выбора методов лечения лечащему врачу может потребоваться провести:

1. Опрос, в том числе, выявление жалоб, сбор анамнеза.

2. Осмотр, в том числе: осмотр полости рта; пальпация челюстно-лицевой области (головы, шеи, мышц, лимфатических узлов, мягкотканых образований полости рта); перкуссия (с помощью стоматологических инструментов при открытой полости рта, легко постукивая инструментом по различным участкам поверхностей зуба). Целью осмотра является оценка внешнего вида и симметричности лица, цвета и состояния кожных покровов, состояния лимфатических узлов, слизистой оболочки полости рта, определение числа зубов, их положения, цвета и состояния.

3. Рентгенологическое исследование (неинвазивный метод визуализации челюстно-лицевой области и прилегающих структур, позволяющий в кратчайшие сроки получить информацию о текущей патологии, выявить скрытую патологию, спланировать и проконтролировать лечение):

- рентгенография зубов - цифровой снимок в области одного или нескольких рядом стоящих зубов и прилегающих структур;

- компьютерная томография - метод трехмерной послойной визуализации обеих челюстей, придаточных пазух носа, височно-нижнечелюстного сустава с высоким пространственным разрешением.

Противопоказания: беременность; проведение рентгенологического обследования внутренних органов, позвоночника в течение одной недели до и после дентальной КТ; отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за 6 месяцев до рентгенологического исследования; работа, связанная с использованием источников ионизирующего излучения).

Информация о лучевой нагрузке на пациента (микрозиверт): ОПТГ, телерентгенограмма - 8-20 мкЗв, компьютерная томограмма - 52мкЗв, радиовизиография - 0,2-0,9 мкЗв. Максимальная лучевая нагрузка на пациента в год при профилактических исследованиях по данным Всемирной организации здравоохранения 1000 мкЗв в год. Верхний порог лучевой нагрузки при диагностических исследованиях, в том числе и для детей, не установлен.

4. Инструментальное обследование - метод диагностики с использованием стоматологических инструментов (зеркала, специальных зондов, пинцета, других инструментов), позволяющий оценить состояние зуба(ов), эмали, пародонта, наличие кариозных полостей, некариозных поражений.

5. Применение цифровой внутриротовой видеокамеры – метод исследования, позволяющий получить изображение зубов и слизистой оболочки полости рта на монитор с увеличением до 100 раз.

6. Специальные методы диагностики: термометрические (метод оценки состояния возбудимости чувствительных нервов зуба с помощью температурных раздражителей); электроодонтодиагностика (определение реакции нервных рецепторов пульпы на электрический ток); создание диагностических моделей челюстей пациента (метод исследования необходимый для диагностики, планирования, постановки диагноза, контроля лечения. При снятии оттисков с зубов возможно не преднамеренное снятие искусственных коронок и мостовидных протезов с зубов) и другие методы.

7. Фотографирование (фотодокументация) - проводится цифровой фотокамерой с целью визуализации параметров челюстно-лицевой области (лица, головы, шеи, полости рта), используется для диагностики, планирования, оценки динамики и результата лечения, достижения эстетических результатов лечения исходя из требований пациента. Необходимость фото документирования определяется каждым специалистом применительно к каждому конкретному случаю.

За исключением опроса, проводимого на приеме любого специалиста, все остальные методы диагностики применяются при наличии медицинских показаний.

Даю согласие на проведение вышеуказанных медицинских вмешательств врачами-специалистами, рентгенолаборантами медицинской организации, если их проведение необходимо для постановки или уточнения диагноза, составления плана лечения, проведения лечения, осуществления контроля лечения.

Настоящее информированное добровольное согласие дается один раз при первичном обращении в медицинскую организацию и действительно в течение всего срока оказания услуг в медицинской организации.

Также я информирован(а) о возможности получения бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в других медицинских организациях. Я информирован(а), что ООО «Терапия Красоты+» НЕ участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мною прочитаны, разъяснены мне медицинским работником и понятны.

Пациент (законный представитель):

(Фамилия, инициалы пациента/представителя)

(подпись)

Врач:

(Фамилия, инициалы врача)

(подпись)

Дата оформления: