**Общество с ограниченной ответственностью Центр эстетической медицины «Консул СТ»** 622049 Свердловская область, г. Нижний Тагил, Уральский пр., 81. Тел.: /3435/ 44-26-30, k[onsul-st@mail.ru](mailto:onsul-st@mail.ru). сайт: konsul-st.ru

центр эстетической медицины

*р/с 40702810416540005716 в Уральский банк ПАО «СБЕРБАНК РОССИИ» г. Екатеринбург к/с 30101810500000000674 БИК 046577674 ИНН 6623070600 КПП 662301001 ОКПО 67720525 ОГРН 1106623004146 ОКТМО 65751000*

**Консультация, осмотр врача - стоматолога**

*Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со статьями 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах Охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о предстоящих мне медицинских услугах и что я гласен (согласна) с названными мне условиями их проведения. Данный документ является необходимым предварительным условием начала консультативного (консультативно-диагностического) приема.*

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

Я соглашаюсь получить подробные объяснения по поводу состояния здоровья моего ребенка, имеющихся заболеваний, рекомендуемых методов дополнительной диагностики и лечения у врача стоматолога

Я соглашаюсь с тем, что во время осмотра и консультации мне могут проводиться:

Опрос, в том числе:

выявление жалоб;

сбор анамнеза.

Опрос сопровождается занесением информации о пациенте в медицинскую карту с последующим подтверждением слов пациента своей подписью. Частью сбора анамнеза является заполнение пациентом Анкеты о здоровье в медицинской карге и дальнейшее обсуждение их с лечащим врачом.

Осмотр, в том числе:

инструментальное исследование (проводится с использованием стоматологического зеркала, зонда, и других инструментов). Позволяет оценить состояние поверхности зубов (пломб, коронок, протезов и т.д.), наличие кариозных полостей и некариозных поражений, состояние пародонта.

пальпация челюстно-лицевой области (головы, шеи, мышц и мягкотканых образований полости рта). Пальпация основана на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони руки. С помощью пальпации определяют свойства тканей и органов: их положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, топографические соотношения, а также болезненность.

перкуссия - легкое постукивание инструментом по различным участкам поверхности зуба, для определения □стояния пародонта

термометрия - проводится с помощью реакции тканей зуба на горячий и холодный раздражители с целью определения жизнеспособности пульпы зуба.

фотографирование (фотодокументация) - проводится цифровой фотокамерой с целью визуализации состояния и параметров полости рта (в некоторых случаях головы и шеи).

проведение рентгенологического исследования (Дентальной рентгенограммы, ОПТГ ортопантомограммы, ТРГ телерентгенограммы, КТ — компьютерной томографии) с целью высокоточной визуализации зубочелюстной области и прилегающих структур.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или стребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Отказываясь от применения данных диагностических манипуляций, я осознаю, что лишаю врача возможности получения более точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья.

Я проинформирован(а) врачом об особенностях предстоящей консультации и даю свое согласие на ее проведение, о чем расписываюсь собственноручно.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. и подпись пациента, закон.представителя пациента)

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г

(Ф.И.О. и подпись медицинского работника)