**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 БИК 046577674 ИНН 6623070600 КПП 662301001 ОКПО 67720525 ОГРН 1106623004146 ОКТМО 65751 000*

**Информированное добровольное согласие на проведение стоматологического вмешательства при травме.**

*Этот документ свидетельствует о том. что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении, и что я соглашаюсь с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ*

*является необходимым предварительным условием начала медицинского вмешательства.*

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

(фамилия, имя, отчество пациента и/или 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 Министерства здравоохранения **и** социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО ЦЭМ «Консул СТ»

**медицинским работником\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья (моего ребенка), о наличии, характере, **степени тяжести травмы и возможных осложнениях после нее** и настоящим подтверждаю, что получил(а) детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения, план которого изложен в медицинской карте. Я проинформирован о стоимости лечения.

Мне объяснен **в понятной форме план стоматологического лечения,** включая ожидаемые результаты, риск, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, в том числе рентгенологические, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне объяснены возможные **сопутствующие явления планируемого лечения:** длительность, боль, неудобство, припухлость лица, чувствительность к холоду и теплу, синяки на лице, под глазами, шее, долго не проходящее онемение губ, щек, подбородка, затрудненное открывание рта.

Я осведомлен(а) о возможных **осложнениях во время анестезии или после ее проведения.**

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В связи с этим, точная продолжительность лечения, в том числе и этапов зависящих от лечения (например, протезирования) может изменяться.

**Я** проинформирован(а), что в случае **изменения плана лечения,** возникает необходимость изменения стоимости лечение. Я согласен полностью оплатить все дополнительные расходы на лечение и диагностику.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнений всех полученных от врача рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, приема лекарственных препаратов, назначенных врачом.

Я проинформировал(а) лечащего врача **обо всех случаях аллергии к медикаментозным** препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я проинформирован(а) о важности прохождения профилактических осмотров с рентгенологическим контролем пролеченных зубов.

Я также информирован(а), что негативные последствия для моего здоровья (вред жизни и здоровью), как и недостаточная эффективность оказанной медицинской помощи возможны в следующих ситуациях:

* Вследствие возрастных, наследственных, иммунологических и других особенностей моего организма;
* Вследствие несоблюдения рекомендаций (назначений) лечащего врача во время и после лечения;
* Вследствие любых моих самовольных действий (бездействий) без предварительного согласования с лечащим врачом;
* Вследствие отказа от любой составляющей медицинской помощи, назначенной лечащим врачом;
* Вследствие самовольного препятствия своевременному и полноценному оказанию мне любой составляющей медицинской помощи;
* При сокрытии от лечащего врача любых сведений, касающихся моего здоровья;
* Вследствие побочных эффектов то любой составляющей медицинской помощи;
* Вследствие случайных, непредвиденных обстоятельств;
* При курении, употреблении алкоголя в любых количествах, наркотических и психотропных средств.

**Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью клинической ситуации, вызванной травмой зубочелюстного аппарата, и индивидуальными особенностями человеческого организма.**

Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я даю согласие на медицинское вмешательство и **лечение**  на предложенных условиях.,

**Пациент:/**

*(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)*

**Медицинский работник: /**

*(подпись) (фамилия, имя, отчество)*

Дата: «\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г.