**ИНФОРМИРОВАНИЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

**ООО «Ника» Юридический адрес: 249000 Калужская область, Боровский р-н, г. Балабаново, пл. 50 лет Октября д. 6. ИНН/КПП 4003031910 / 400301001**

**«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г. г.Балабаново**

**Настоящее добровольное соглашение  составлено в соответствии со статьями 4,5,20,21,22, 23,27 ФЗ №323 от 21.11.11г «Об охране здоровья граждан Российской Федерации », Законом о защите прав потребителей и действующими законодательными актами.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество пациента – полностью)

1. Я, нижеподписавшийся(аяся), законный представитель (родители и попечители) несовершеннолетнего ребенка

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество законного представителя)

подтверждаю, что в результате личной беседы получил(а) от лечащего врача всю интересующую меня информацию о представляемом лечении, моему ребенку. Я понимаю цель, суть и локализацию лечения. Я остановил(а) свой выбор на лечении, представленном ниже, в плане стоматологической реабилитации. Я уполномочиваю стоматолога провести лечение, в соответствии с предварительным планом, составленным врачом и одобренным мной.

2. Мною получена вся необходимая информация о других видах лечения, с возможными альтернативными вариантами, которые не приемлемы для меня по стоимости, или в соответствии с предварительным обследованием будут иметь меньший клинический успех (длительность службы реставрации; эстетические, гигиенические, функциональные качества результата лечения; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение зубов), а также о сложностях и временных неудобствах, обусловленных врачебными манипуляциями. Мне разъяснили все возможные варианты лечения, предложили выбор из всех доступных материалов и видов работ (согласно прейскуранту ООО «Ника»), объяснили преимущества и недостатки.

3. Я ознакомлен(а) и согласен(а) с планом стоматологического лечения, который не исключает возможности появления дополнений и изменений, которые могут возникнуть во время лечения, такие как: необходимость включения в реабилитацию других зубов; изменение типа работ; дополнительное терапевтическое, парадонтологическое, хирургическое, имплантологическое, ортодонтическое и ортопедическое лечение.

4. Я был(а) предупрежден(а) о возможном риске или осложнениях при препарировании зубов, введении лекарственных веществ и анестезии. Эти осложнения: боль и деформация рельефа слизистой оболочки, отек, инфильтрация, изменение цвета слизистой оболочки и зубов.. При препарировании зубов с сохраненной пульпой, возможна ее травматизация, что может привести к необходимости эндодонтического лечения. Также возможны, аллергические реакции на используемые лекарственные вщества и т.д.

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

5. Я ознакомлен(а) и согласен(а) с наиболее рациональным планом проведения необходимых подготовительных мероприятий (лечении у других специалистов клиники, если это потребуется), в том числе анестезиологического пособия.

6. Вид местной анестезии и выбор препарата я доверяю лечащему врачу, который информировал меня о возможных последствиях и нежелательных результатах.

5. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости в этой области. Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (вколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма. Введение раствора при помощи иглы травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше. Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и гематомами. Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

 6. Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость, дополнительные обследования.

7. Последствиями отказа от данной манипуляции могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

8. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения.

9. Я понимаю, что хотя предложенное лечение поможет сохранить моему ребенку стоматологическое здоровье, тем не менее, оно является своего рода вмешательством в его организм, и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Точная продолжительность лечения не может быть определена или может изменяться.

10. Я ознакомлен(а) и согласен(а) с наиболее рациональным планом проведения необходимых подготовительных и лечебных мероприятий (у других специалистов клиники, если это потребуется), в том числе анестезиологического пособия. Вид местной анестезии и выбор препарата я доверяю лечащему врачу, который информировал меня о возможных последствиях и нежелательных результатах

11. Врач объяснил мне, что не существует способа точно предсказать время, требующееся для реабилитации после лечения.

12. Я понимаю суть метода, необходимость и даю согласие на применение радиовизиографии, ортопантамографических исследований и конусно-лучевой объемной томографии с целью уточнения диагноза и контроля качества лечения.

13. Я понимаю, что курение, прием алкоголя, употребление сахара (и других простых углеводов) могут повлиять на состояние слизистой оболочки полости рта, твердых тканей зубов и снижают успех лечения. Я согласен, что я несу ответственность за контроль соблюдения и выполнение инструкций лечащего врача по уходу за полостью рта моего ребенка. Я согласен контролировать регулярность посещения лечащего врача, согласно его указаниям.

14. Я понимаю, если не предпринимать предложенных лечебных и профилактических процедур, может случиться следующее: переломы зубов, деформация зубных рядов, атрофия костной ткани, воспалительные заболевания органов полости рта, подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления. Также возможно возникновении патологии височно-нижнечелюстного сустава, головной боли, иррадиирущей боли в шею, в область лица, утомляемости жевательных мышц, нарушений функций речи, жевания, глотания.

15. Я понимаю необходимость постоянного лечения в одном медицинском учреждении, важность взаимодействия между лечащим врачом и другими врачами клиники. Мне понятно также, что ни лечащий врач, ни другие врачи ООО «Ника» не будут нести никакой ответственности за результаты лечения до его завершения, если я обращусь по собственной инициативе и/или без ведома вышеуказанных специалистов в другую клинику (к другим врачам). Кроме того, я понимаю важность предоставления точной информации о состоянии здоровья моего ребенка.

16. Я сообщил(а) точные данные о здоровье своего ребенка и обо всех известных, имеющихся у него заболеваниях или других состояниях, касающихся его здоровья: непереносимость лекарственных средств ,операции, травмы, Кроме того, я сообщил(а) о всех имеющих место аллергических или необычных реакциях организма моего ребенка на медицинские препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль и другие.

17. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные вопросы, связанные с лечением заболевания моего ребенка и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы.

18. Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача и поэтому обязуюсь следить за посещением контрольных осмотров (по графику, согласованному с лечащим врачом).

19. Я понимаю значение гигиены полости рта и обязуюсь контролировать соблюдение всех назначений.

20. Я внимательно ознакомился(лась) с положением о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ООО «Ника».

21. Я обязуюсь оплатить лечение наличными или через банк до его начала или непосредственно сразу после его проведения, в полном объёме.

22. Я внимательно изучил(а) и получил(а) на руки памятку с рекомендациями по уходу за полостью рта.

23. Я прошу предоставить и подтверждаю предоставление моему ребенку медицинских /стоматологических услуг, определенных в плане стоматологической реабилитации. Я полностью понимаю, что во время и после процедуры, операции и лечения, состояние может измениться, тогда, по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия. Я разрешаю любые изменения дизайна, материалов или ухода, если они будут сделаны для получения оптимального результата.

24. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства моему ребенку.

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

Врач поставил пациенту следующий диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

План стоматологической реабилитации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** | **2** | **1** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ориентировочная стоимость лечения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись законного представителя пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_