**ИНФОРМИРОВАНИЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на проведение осмотра, дентальной радиовизиографии и**

**конусно-лучевой объемной томографии в ООО «Ника»**

**Юридический адрес: 249000 Калужская область, Боровский р-н, г. Балабаново,**

**пл. 50 лет Октября д. 6. ИНН/КПП 4003031910 / 400301001**

**«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ 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.**

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

(Фамилия, Имя, Отчество пациента – полностью)

обращаюсь в ООО «Ника» для оказания платных медицинских услуг для проведения осмотра, дентальной радиовизиографии и конусно-лучевой объемной томографии, применения другого, имеющегося в клинике оборудования, с целью постановки диагноза и планирования предполагаемого лечения. В соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю информированное добровольное согласие на оказание мне медицинских услуг, перечисленных в данном документе. Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве – первичном/повторном стоматологическом осмотре, рентгенологических методах обследования и прочих методах исследований, указанных в тексте.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинском вмешательстве и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вида медицинского вмешательства.

Последствиями отказа от проведения первичного/повторного осмотра, дентальной радиовизиографии и конусно-лучевой объемной томографии может быть отсутствие установленного диагноза, что в свою очередь может привести к невозможности оказания своевременного лечения, последствиями могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости, перелом зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология,  появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех.

Понимая сущность предложенных методов диагностики и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом, т.к. представления пациентов о возможностях методов исследования, как правило, не совпадают с реальной действительностью. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Я понимаю, что в моих интересах приступить к диагностике, как можно быстрее. Я также понимаю, что врач также как и я заинтересован в выявлении патологических процессов для постановки диагноза и благоприятном исходе планируемого лечения и сделает для этого все необходимое. Хотя предложенные диагностические манипуляции могут помочь при выборе рационального лечения, которое в свою очередь поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что диагностическое оборудование имеет свои пределы и определенную погрешность, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов, диагностика может не привести к желаемому результату (выявлению точного диагноза). При этом могут понадобиться дополнительные методы исследований и привлечение консультации смежных специалистов, не представленных в ООО «Ника». Рекомендации и направления будут рекомендованы врачом и зафиксированы в медицинской документации, отказ от которых может привести некорректному планированию лечения, затянуть или ухудшить течение патологического процесса.

Я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов. Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения. Мне даны исчерпывающие ответы и разъяснения на все заданные мной вопросы. Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма, однако мне гарантировано проведение первичного/повторного осмотра специалистом соответствующей квалификации с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима. Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми. В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе зондирование, пальпация, перкуссия, аускультация. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Рентгенологические методы обследования. 7. Фотографирование и видеосъёмка. 8. Внутриротовое сканирование и оттиски, изготовление диагностических моделей. 9. Применение внутриротовых диагностических камер с различными насадками.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в «Листе учета дозовых нагрузок при рентгенологических исследованиях». Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам диагностики и лечения, строгого соблюдения сроков их проведения, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность постановки ошибочного диагноза и выбор нерационального лечения.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику. Я внимательно ознакомился/ознакомилась с данным документом, являющимся неотъемлемой частью договора на оказание платных услуг и медицинской карты пациента, и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я проинформировал лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, о наличии всех хронических заболеваний, данная информация занесена в амбулаторную карту.

Я обязуюсь точно выполнять все рекомендации и назначения врача во время проведения диагностических исследований и понимаю, что их невыполнение может привести к серьезным осложнениям и неуспеху лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение всех медицинских терминов, упоминавшихся в данном документе.

Я понимаю, что в связи с индивидуальной анатомией организма, наличия пределов и особенностей работы диагностических приборов, возможно расхождение с первоначально определенным планом диагностики. Могут понадобиться дополнительные методы исследований и привлечение консультации смежных специалистов, не представленных в ООО «Ника». Возможно изменение ранее оговоренной стоимости диагностики как в большую, так и в меньшую сторону.

Меня уведомили, что рентгеновские снимки, сделанные в нашей клинике, являются неотъемлемой частью истории болезни и на руки не выдаются, что история болезни существует в единственном экземпляре и хранится в клинике.

Я понимаю, что я ответственен за оплату услуг, оказанных мне в ООО «Ника» в соответствии с прейскурантом клиники. Я внимательно ознакомился с прейскурантом клиники, с условиями гарантии на стоматологические услуги и согласен оплачивать все оказанные мне стоматологические услуги в соответствии с планом лечения по факту их оказания.

Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе выполнения работ.

Я понимаю значение гигиены полости рта и обязуюсь выполнять все назначения.

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

Меня уведомили, что клиника и ее персонал не несет ответственности за оказанные стоматологические услуги в следующих случаях:

- Предоставления услуг по требованию пациента, расходящемуся с предложенным врачом планом лечения, о чем делается соответствующая запись в истории болезни;

- Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее;

- Осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или развившихся в связи с несоблюдением врачебных назначений и рекомендаций;

- Переделок и исправления работ в другом лечебном заведении;

- Ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом;

- Истечения срока гарантии на оказанные услуги;

- Иных ситуаций, предусмотренных в условиях гарантии, действующих в нашей клинике.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным Приложением. Я удостоверяю, что моя подпись в конце документа означает согласие со всеми условиями, принятыми в ООО «Ника». Настоящее приложение является юридическим документом и неотъемлемой частью истории болезни.

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Врач поставил мне предварительный диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

План диагностических исследований включает:

* Визуальный и инструментальный осмотр.
* Дентальная радиовизиография в количестве\_\_\_снимков.
* Конусно-лучевая объемная томография.
* Внутриротовое сканирование и оттиски, изготовление диагностических моделей
* Фотопротокол.
* Запись данных на носитель CD\USB

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

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_