



центр диагностики и лечения

**АКАДЕМИЯ VIP**

ООО «Академия-ВИП Стоматология» 603000, г. Нижний Новгород, ул. Студеная, д. 57 тел./факс +7 (831) 439-77-77, +7 (831) 270-00-00, ИНН 5260131438, КПП 526001001, 603000, г. Нижний Новгород, ул. Студеная, д.57 р/с 40702810442050004569 в Волго-Вятском банке ПАО Сбербанк г. Н. Новгород, к/с 30101810900000000603, БИК 042202603 E-mail: info@academy-vip.com, сайт: www.academy-vip.com

Утверждено приказом Министерства  
здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Лицензия № Л041-011-64-52/00575019 от 24.04.2014

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство/диагностику/лечение  
в ООО «Академия VIP стоматология»

**Лечение осложненных форм кариеса молочных зубов**

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении моего ребенка (ребенка, которого я сопровождаю), и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я,

\_\_\_\_\_

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

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий

по

адресу:

\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в \_\_\_\_\_ отношении (если \_\_\_\_\_ ребенок - \_\_\_\_\_ вписывает \_\_\_\_\_ ребенок)

\_\_\_\_\_

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

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_

(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 в ООО «Академия ВИП стоматология».

Медицинским работником

---

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

Медицинским работником

---

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

Медицинским работником

---

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

Медицинским работником

---

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

**2. Мне, в доступной для меня форме, разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнения, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.**

2.1. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.2. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.3. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать 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".

2.4. Возможные альтернативные варианты, а именно: удаление пораженного зуба (пораженных зубов), непроведение лечения;

2.5. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а

именно: прогрессирование воспалительного процесса; переход воспаления на зачаток постоянного зуба; появление либо нарастание болевых ощущений. Потеря зуба: некоторые нарушения общего состояния организма: развитие осложнений (у детей оно происходит быстрее, чем у взрослых, что обусловлено особенностями кровоснабжения челюстно-лицевой области).

2.6. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции. Поскольку после анестезии чувствительность в полости значительно снижена, ребенок может накусать щеки, губы.

2.7. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.8. Возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно: определенный процент (5-10) неэффективного лечения молочных зубов по причине его медицинской специфики, а также индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья;

проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаления зуба.

2.9. Существование нескольких методов лечения осложненных форм кариеса молочных зубов:

А. удаляется пульпа из коронковой части зуба, а в корневой части зуба пульпа сохраняется. Такое лечение проводится в одно или три посещения врача.

В. пульпа удаляется из корней и из коронковой части, корневые каналы пломбируются лекарственными препаратами. Такое лечение возможно в два или три посещения.

2.10. После лечения осложненных форм кариеса необходимо восстановление верхней части зуба, т.е. постановка пломбы и коронки (если зуб разрушен более чем на 1/2).

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о изменении стоимости и обоснует это.

5. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;
- консультация стоматолога (ов) иного

профиля: \_\_\_\_\_

- консультация у врача (ей) общего медицинского профиля: \_\_\_\_\_

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

- Я ознакомлен(а) с распорядком работы и правилами получения медицинской помощи в ООО «Академия VIP стоматология» и обязуюсь их соблюдать;

- Я информирован (а) в доступной форме о целях, методах, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (лицу мной предоставленному) делать во время их проведения. Я информирован (а) о возможных вариантах лечения, рисках и возможных осложнениях;

- Я извещен (-а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшения самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, не соблюдения лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение смогут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

- Я поставил (-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и

производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Информирован (-а) о том, что медицинская помощь оказывается в соответствии с Порядками, стандартами и клиническими рекомендациями, но иногда, в зависимости от индивидуальной клинической ситуации, пояснённой мне врачом в доступной форме, её объём может быть изменен в большую или меньшую сторону. Сроки оказания медицинской помощи зависят от клинической ситуации.

Я ознакомлен (-а) и согласен (-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5](#) части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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):

---

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

---

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

**Срок предоставления медицинской помощи определяется по согласованию с врачом в зависимости от клинической ситуации.**

---

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

Расписался в моем присутствии:

Администратор или Медицинский работник \_\_\_\_\_

подпись \_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ Г.

(дата оформления)