



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»**

Эндодонтическое лечение
(лечение корневых каналов зубов)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении 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. Индивидуальный рекомендованный план лечения;

2.2. Возможность коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

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

2.4. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; некоторые нарушения общего состояния организма;

2.5. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.

2.6. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков, а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.7. Возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно:

- определенный процент (5-10) неэффективного эндодонтического лечения по причине его медицинской специфики, а также индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья;

- перелечивание корневых каналов зубов через некоторое время или проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба;

- поломка инструмента (файла) внутри корневого канала и невозможность его извлечения.

2.8. При перелечивании ранее зампломбированных каналов зуба (ов) успех лечения значительно снижается, что связано:

- с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический штифт;

- с сильной кальцификацией корневых каналов, что (в некоторых случаях) повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента);

- с искривлением корневых каналов.

2.9. Возможные осложнения при перелечивании зуба, покрытого коронкой, или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного):

- необходимость снятия несъёмного зубного протеза, а затем изготовление нового зубного протеза;
- перелом зуба, что может привести к его удалению.

2.10. После лечения и перелечивании корневых каналов необходимо восстановление верхней части зуба, т.е. постановка пломбы или коронки (по ситуации).

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 об изменении стоимости и обоснует это.

5. **Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.**

6. **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 ВИП 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)

