

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство  
«ТЕНС-терапия»**

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 предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. пациента либо законного представителя пациента – полностью, год рождения)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем \_\_\_\_\_

ФИО несовершеннолетнего пациента

\_\_\_\_\_, дата рождения Пациента: \_\_\_\_\_

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологической клинике, предоставляю полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, всех необходимых диагностических исследований и мероприятий, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния полости рта и соглашаюсь на медицинские вмешательства – ТЕНС-терапия, в объеме, предусмотренном договором о предоставлении медицинских услуг.

Я в доступной и понятной мне форме информирован/а/ врачом о результатах предварительного осмотра, получил/а/ сведения о результатах диагностического исследования, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

**Мне разъяснено, что рекомендована ТЕНС-терапия - это** аппаратная методика лечения, используемая для снятия болезненных ощущений, вызванных аномалиями в развитии челюстного отдела, а также диагностическая процедура. ТЕНС терапия позволяет получить положение нижней челюсти в «естественном» положении, после снятия гипертонуса и спазма мышц.

Аппарат работает за счет микроимпульсов электрического тока. Воздействие микроимпульсов позволяет расслабить мышцы, снять гипертонус. Продолжительность терапевтического курса зависит от специфики выявленных аномалий, и определяются лечащим врачом. Продолжительность процедуры – составляет от 30 до 50 минут.

**Показания к проведению ТЕНС-терапии:**

- Мышечная боль в челюсти;
- Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС);
- Неправильное положение прикуса;
- Слабая подвижность нижней челюсти.
- Снижение избыточного тонуса мышечных тканей.

**Противопоказания к проведению процедуры:**

- Наличие электронного кардиостимулятора;
- Хронические патологии сердечно-сосудистой системы;
- Онкологические заболевания и эпилепсия;
- Выраженные отклонения в функциональной деятельности ВНЧС;
- Беременность;
- Наличие воспалений либо ожогов кожи на шее или челюстных впадинах;
- Гипертония.

**Этапы проведения манипуляции:**

1. Обработка поверхности кожи в области фиксации электродов;
2. Размещение контактных элементов на челюстном и шейном отделе;
3. Терапия протяженностью не более часа, с постепенным наращиванием амплитуды.

**Мне разъяснено, что** лечение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава не быстрое, а многоступенчатое и предполагает применение разных методик. Схему и продолжительность терапии врач составляет только после тщательной диагностики.

Эффективность манипуляции напрямую зависит от выполнения пациентом рекомендаций и иных предписаний лечащего врача.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

**Я подтверждаю, что** текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я имел/а/ возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил/а/ удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу. **Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.**

*Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.*

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

**Пациент согласился на медицинское вмешательство** \_\_\_\_\_ (подпись)

Пациент отказался от медицинского вмешательства \_\_\_\_\_ (подпись)

ОБЪЕДИНЕННЫЕ