

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
«На сплинт диагностику»**

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 стоматологическую клинику, 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 назначения предварительного плана лечения и для возможности врача согласовать этот план со мной.

Я, проинформирован о том, что в рамках проводимого диагностического исследования, мне необходимо продолжение диагностики зубочелюстной системы с использованием сплинта, с целью анализа динамики изменений функционального состояния сустава и мышц при планируемой перестройке прикуса (смыкания зубов).

Моим лечащим врачом, мне были полностью разъяснены характер и цели продолжения диагностических манипуляций, а также все возможные альтернативы такому продолжению лечения.

Мне понятно, что ношение сплинта (капы) является не лечебной, а диагностической процедурой, в результате которой будет определено, есть ли необходимость реконструкции прикуса для создания поддержки для правильной работы мышц и височно-нижнечелюстного сустава или необходимо использовать альтернативные методики лечения.

Мне разъяснено, что отказ от данного вида диагностики повышает риски осложнений в процессе лечения, к которым относятся появление дефектов твердых тканей зубов, разрушение костной ткани (пародонта) и дисфункциональные нарушения (болезненные ощущения) височно-нижнечелюстного сустава, что в итоге может неблагоприятно повлиять на мое здоровье, ухудшить качество моей жизни.

Я понимаю, что сплинт (капа) - это инородное тело в полости рта, что привыкание к нему требует большого терпения и времени, в среднем это длится 7-10 дней. Перед установкой сплинта (капы) врач проводит коррекцию сплинта (капы) в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта и зубы.

Поэтому я соглашаюсь с тем, что если субъективно я не смогу привыкнуть к спленту (капе), то деньги за изготовление и установку сплинта (капы) не возвращаются.

Я понимаю важность точного соблюдения рекомендаций врача – ортодонта, ортопеда и других специалистов, по ношению сплинта(капы) и обязуюсь их неукоснительно соблюдать, поскольку при несоблюдении рекомендаций снижается объективность полученных диагностических данных.

Я понимаю, что ношение сплинта на постоянной основе, в течение длительного времени без наблюдения врача, может привести к возникновению осложнений

Я понимаю, что консультативно-диагностические мероприятия не обязывают ни пациента к получению услуг в клинике, ни врача ортодонта, ортопеда и других специалистов к оказанию этих услуг, а являются лишь услугами необходимыми для полноценной оценки состояния зубочелюстной системы и составления плана лечения.

Я соглашаюсь с тем, что критерием оценки качества моей диагностики будет объективная и полная оценка состояния моей зубо-челюстной системы.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

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)

ОБРАЗЕЦ