

**Информированное согласие законного представителя несовершеннолетнего пациента на проведение
медицинского вмешательства на терапевтическое лечение
ООО «Дентал-Мед» стоматологической клиники, расположенной по адресу:
г.Канаш, пр. Ленина, 25**

Я _____,
законный представитель (родители и попечители) несовершеннолетнего ребенка _____,

_____ подтверждаю, что лечащий
врач _____ провел(а) со мной личную
беседу, во время которой я был(а) информирован(а) о том, что в ходе предварительного обследования моему
ребенку установлен диагноз: _____

С целью эффективного лечения этого заболевания, ему предложено лечение, о сути которого я получил(а)
исчерпывающую информацию в доступной мне форме.

Я информирована о преимуществах предложенных методов лечения и обезболивания по сравнению с другими
существующими.

На все заданные мной вопросы я получил(а) понятные исчерпывающие ответы.

Мое внимание было обращено на возможные неблагоприятные последствия вмешательства.

Я знаю, что в ряде случаев возможны следующие осложнения, связанные с проведением медицинского
вмешательства (как во время, так и после него):

-развитие воспаления в области операции

-аллергические реакции на препараты

Я получил(а) инструкции по проведению до и после вмешательства.

Со своей стороны, я и мой ребенок высказали все жалобы, обсудили с лечащим врачом все индивидуальные
особенности и особые реакции организма.

Будучи предупрежденным(ой) и информированным(ой) обо всем вышеизложенном, я полностью сознаю, что
медицинское вмешательство показано по состоянию здоровья моего ребенка, в связи с этим я добровольно и
вполне осознанно даю согласие на оказание ему стоматологической помощи, включая метод обезболивания:
местная инфильтрационная (проводниковая) анестезия.

В случае возникновения осложнений, я даю согласие на оказание моему ребенку медицинских услуг в том
объеме, который определит лечащий врач.

С правилами оказания медицинских услуг ознакомлена _____

подпись законного представителя ребенка _____

подпись лечащего врача _____

« » _____ 20 год

Я (Ф.И.О. одного из родителей) _____

доверяю провести стоматологическое лечение моему ребенку(Ф.И.О. ребенка) _____

_____. Специалистом клиники «Стома-Мед» мне разъяснено и мною понято следующее:

1. Я получил(а) от сотрудников клиники «Стома-Мед» полную информацию о возможности и условиях предоставления медицинских услуг. Даю свое согласие на оказание медицинских услуг моему ребенку, в рамках оговоренного и подписанного мною плана лечения.

2. Мне составлена и разъяснена полная смета на стоматологическое лечение моего ребенка. Я согласен(сна) оплатить заранее оговоренные медицинские услуги.

3. Мне понятен план лечения. Я ознакомлен(а) с его стоимостью. У меня была возможность задать все интересующие меня вопросы по технологиям лечения и по стоимости лечения. На свои вопросы я получила исчерпывающие ответы.

4. Я осознаю, что любые медицинские процедуры и манипуляции имеют фактор риска. Обо всех рисках и негативных явлениях, а также о вероятности наступления осложнений меня проинформировали заранее.

5. Я ознакомлен(а) с положением об обязательном присутствии в стоматологической клинике «Стома-Мед» родителей или лиц, из заменяющих, при проведении любых медицинских процедур моему ребенку.

6. Мне объяснили, и понял(а), что в некоторых ситуациях, может возникнуть необходимость подключить к лечению ребенка специалистов из других медицинских учреждений, а также направить пациента в другие медицинские учреждения для прохождения дальнейшего лечения. При возникновении подобных ситуаций клиника «Стома-Мед» не может гарантировать оплату услуг специалистов и медицинских учреждений третьей стороны.

7. Я понимаю и даю свое согласие на изменение плана лечения в процессе прохождения лечения, если это будет сделано по медицинским показаниям и для блага моего ребенка. В таких ситуациях может потребоваться изменение стоимости медицинских услуг. Мне объяснили, и я понимаю, что при оказании любой медицинской помощи могут появляться обстоятельства, не спланированные заранее в процессе лечения.

8. Я доверяю врачу в выборе материалов. Я понимаю, что стоматологическое лечение-сложная биологическая процедура, результат которой не является однозначным. В процессе лечения каждого конкретного зуба может возникнуть необходимость эндодонтического лечения (удаления нерва и лечения корневых каналов) или удаления зуба, что усложняет ситуацию и увеличивает сроки и стоимость лечения.

9. Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой, и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя гарантировать, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем. Врач разъяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а также последствия отказа от данного лечения.

10. Я понимаю необходимость рентгеновской диагностики и контроля качества лечения. В будущем обязуюсь приводить моего ребенка на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в медицинской карте пациента).

11. Я понимаю, что в отдельных случаях может потребоваться ортодонтическое лечение (профилактика аномалий прикуса). Я проинформирован(а) о возможных осложнениях в полости рта, в области челюстей и височных суставов как в случае отказа от лечения, так и в случае его проведения. Я доверяю врачу в выборе ортодонтического аппарата. Я ознакомлен(а) с примерными сроками лечения, согласен с их возможным увеличением в силу индивидуальной реакции организма на процесс лечения. Я понимаю, что несмотря, на качественно проводимое лечение, соответствующее современным знаниям стоматологической науки, не исключены некоторые побочные явления и осложнения.

12. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов, мой ребенок должен исполнить все назначения, рекомендации и советы специалистов стоматологической клиники «Стома-Мед».

13. Мне объяснили, и я понимаю, что применение современных профилактических средств и регулярные профилактические осмотры минимизируют риски развития кариеса и осложнений, но не гарантируют полностью отсутствие возникновения кариеса. Мне объяснили, и я понимаю, что применение аппаратов для профилактики нарушений прикуса минимизирует риски этих нарушений, но не гарантирует полной нормализации прикуса.

14. Я подробно информирован(а), ознакомлен(а) и предупрежден(а) о возможных осложнениях зависящих от характера воспалительного процесса, наличия сопутствующих заболеваний, индивидуальных особенностей организма, а также при несоблюдении врачебных рекомендаций по уходу за полостью рта после произведенных манипуляций.

Возможные осложнения на терапевтическом приеме:

-гематома после инъекции анестетика

-возможность травматического повреждения слизистой губ, щеки или языка как результат прикусывания после проведения анестезии на нижней челюсти

-постпломбирочные боли при прикусывании

-появление отека мягких тканей при увеличении имеющегося отека после травматических вмешательства

-необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зуба

-необходимость удаления зуба, если терапевтические методы лечения не дали положительных результатов

- возникновение периодонтальных явлений и изменение рентгенологической картины после пломбировки канала с плохой проходимостью корневых каналов или наличие не выявленных коллатеральных каналов
- возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие зуба, в периапикальные ткани, гайморову пазуху, полости, и каналы при эндодонтическом лечении зубов
- отлом коронковой части зуба при циркулярном кариеса
- возможность изменения цвета пломбы при употреблении с пищей за первые сутки продуктов, содержащих красящие вещества (чай, кофе, свекла и т.п.)
- возможность отлома эндодонтического инструмента в плохо проходимых и искривленных каналах
- при наличии заболеваний желудочно-кишечного тракта возможно появление темной полосы между пломбой и тканями зуба

Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение моему ребенку.

подпись законного представителя ребенка _____
« » _____ Год