

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство (лечение кариеса)

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 _____
(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 и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н¹ (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская стоматологическая поликлиника №2»

Медицинским работником: _____

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

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Врач сообщил и разъяснил мне в доступной форме всю информацию о диагнозе и сути лечения, а также о том, что уточнение диагноза допускается в процессе лечения. Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, план и сроки лечения, количество посещений и я согласен(-а), что допускается коррекция намеченного плана, технологий, сроков лечения и количества посещений в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения, о чем врач уведомит меня дополнительно, а именно:

- кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования);
- кариозное поражение, которое кажется “небольшой дырочкой”, может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а следовательно, потребуется реставрация значительной части зуба, а при обнаружении кровоточащего участка пульпы- эндодонтическое лечение каналов зуба, постановка коронки (по ситуации).

Я ознакомлен(-а) с возможными альтернативными вариантами лечения, а именно:

- удаление пораженного зуба (зубов), при наличии противопоказаний для лечения;
- непроведение лечения.

Я предупрежден(-а) о возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа мною от рекомендованного плана лечения, а именно:

- прогрессирование кариеса;
- развитие его осложнений;
- появление либо нарастание болевых ощущений;

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.

- Я предупреждён(-а) о возможных осложнениях под влиянием анестезии, а именно:

- Я предупреждён(-а) о возможных последствиях приема анальгетиков (в случае их назначения), а именно:

- Мне разъяснены возможные осложнения после постановки пломбы, которые потребуют моих повторных визитов для их устранения, а именно:

- В этом случае потребуется полностью или частично снять поставленную пломбу, пролечить каналы зуба, поставить новую пломбу или восстановить зуб вкладкой и(или) коронкой.

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. № 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), в том числе после смерти:

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

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

[illegible]