ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ДИСКОЛОРИТА ЗУБОВ (ОБЕЛИВАНИЕ).

Уважаемые пациенты!
Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. Именно в информированном согласии выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага.

1. Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 **любое медицинское вмешательство**, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, **допустимо только после получения врачом** добровольного информированного **согласия пациента в письменной форме**.

Я _____
Даю информированное добровольное согласие на лечение дисколорита зубов (отбеливание)
мне _____
Врач: _____
Биологические особенности организма , вредные привычки пациента и их возможное влияние на результат лечения:
_____ Я знаю, что отбеливание зубов - это осветление эмали зубов с помощью геля, который содержит соединения перекиси водорода в разных концентрациях и что его применение в стоматологической практике является альтернативой препарирования твердых тканей зуба для осветления эмали.

Альтернативными методами лечения является:

1) реставрация, или покрытие зубов ортопедическими конструкциями, которые будут сопровождаться препарированием твердых тканей зуба и анестезией;

2) отсутствие отбеливания вообще.

Хотя отбеливание имеет значительный процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что оно не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Я сообщил(ла) врачу об известных мне аллергических реакциях у меня на соединения перекиси водорода, карбопол, глицерин. Врач объяснил мне все возможные осложнения, которые могут возникнуть после отбеливания зубов, а именно:

1) чувствительность зубов после отбеливания, которую могут вызывать продукты питания, содержащие кислоты, дефекты эмали зуба, некачественные пломбы, трещины эмали;

2) появление белых меловидных пятен – это места гиперкальцификации, поэтому во время отбеливания они будут отбеливаться скорее. Я знаю, что в такой ситуации необходимо продолжать процедуру до тех пор, пока не осветлится вся поверхность зуба;

3) неудовлетворительный результат отбеливания, который связан с чрезмерным курением, употреблением кофе, крепкого чая, пищи, содержащей красители, неудовлетворительной гигиеной полости рта.

Кроме того, я понимаю необходимость контроля лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры.

Мне известно, что существуют соединения перекиси, которые в сочетании с никотином и алкоголем могут усиливать действие канцерогенов, поэтому во время отбеливания следует отказаться от употребления алкоголя и курения сигарет.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предвидеть точного результата запланированного лечения.

Я понимаю, что мне не предоставляют гарантии, но считаю, что это лечение – в моих интересах.
Текст настоящего информированного согласия мне понятен, неясные для меня термины, фразы отсутствуют. Я понимаю цель и смысл рекомендаций и назначений врача. На все вопросы, заданные мною, получены подробные и ясные мне по содержанию разъяснения.
Я понимаю, что перечисленные осложнения, риски и дискомфортные состояния являются

ОБРАЗЕЦ

неблагоприятными последствиями медицинской процедуры, которые нельзя полностью исключить и которые не зависят в полной мере от действий (бездействий) медицинского персонала. Я понимаю, что возникновение указанных осложнений, таким образом, не является следствием некачественно оказанной мне услуги (дефектом медицинской услуги).

Я понимаю, что врач не может гарантировать мне определенный результат лечения. Я понимаю также, что прогноз выздоровления (улучшения моего состояния) дается врачом исходя из собственного врачебного опыта и данных медицинской статистики.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии у меня к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я подтверждаю, что Исполнителем мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора способа дальнейшего медицинского вмешательства в отношении меня согласно поставленному мне диагнозу и Прейскуранту цен на данные услуги.

Я даю согласие на фотосъемку в процессе лечения и возможное использование фотоматериалов в научных и рекламных целях.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею.

Я даю согласие на то, что в процессе лечения ряд манипуляций может выполняться сертифицированными специалистами клиники под контролем лечащего врача.

Я понимаю, что настоящее Информированное согласие является юридическим документом. Подписывая его, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не пол влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций, а также дальнейшего соблюдения рекомендаций врача.

Подпись пациента или законного представителя:	Подпись врача:
_____	_____
ФИО	ФИО
« » 20 г.	« » 20 г

ОБРАЗЕЦ