

**Общество с ограниченной ответственностью
«БЕНАДЕНТ»**

ИНН 9715467390 КПП 7715010012 ОГРН 1237700839276

Место нахождения: 127055, Россия, город Москва, улица Тихвинская, дом 9, п.2

Телефон: 8(926)5221414. Электронная почта: benadent@yandex.ru

Лицензия № Л041-01137-77/01193662 выдана Департаментом Здравоохранения Москвы от 13.05.2024

Приложение № 2

к договору на оказание платных медицинских услуг

№ {НомерКарты} от {ДатаПервогоПриемаЧислом} г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА КОМПЛЕКС ОБСЛЕДОВАНИЙ**

1. Настоящее информированное согласие разработано на основании ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказов Минздравсоцразвития РФ №390н от 23.04.2012 г. и Минздрава РФ № 1051н от 12.11.2021 г.
2. Согласно ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 года № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.
3. Информированное добровольное согласие на комплекс обследований даётся пациентом либо его законным представителем один раз при первичном обращении в медицинскую организацию и действительно в течение всего срока оказания услуг в медицинской организации.

Я, Пациент {ФамилияИмяОтчество}, {ДатаРождения},
(Ф.И.О., дата рождения)

зарегистрированный (проживающий) по адресу (нужное подчеркнуть): {АдресРегистрации}

законный представитель Пациента: _____
(Ф.И.О., дата рождения)

зарегистрированный (проживающий) по адресу (нужное подчеркнуть): _____

Понимаю, что в целях проведения полноценного и качественного обследования, правильного выбора методов лечения врачу стоматологу может потребоваться провести:

1. Опрос, в том числе, выявление жалоб, сбор анамнеза. Опрос сопровождается занесением информации о пациенте в медицинскую карту с последующим подтверждением слов Пациента своей подписью.
2. Осмотр, в том числе:
 - пальпация (метод медицинского обследования, основанный на осязательность ощущений, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони осязаемой руки. С помощью пальпации определяют свойства тканей и органов: их положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, топографические соотношения, а также болезненность исследуемого органа);
 - перкуссия (метод медицинского обследования, состоящий в выстукивании участков тела и определении по характеру возникающего при этом звука физических свойств, расположенных под перкутируемым местом органов и тканей (главным образом их плотности, воздушности и эластичности)).

Целью осмотра является оценка внешнего вида и симметричности лица, цвета кожных покровов, состояния лимфатических узлов, слизистой оболочки полости рта, определение числа зубов, их положения, цвета и состояния, состояния кожи.

3. Рентгенологическое исследование в стоматологии— этот способ диагностики челюстно-лицевой области, помогающий выявить скрытую патологию и избежать ошибок при проведении стоматологических манипуляций:
 - ортопантомография (метод визуализации зубного ряда, полостей носа, плотности и толщины кости, а также диагностики патологий височно-нижнечелюстного сустава при помощи цифрового рентгеновского аппарата);
 - телерентгенография рентгенологическое исследование, используемое в Ортодонтия; представляет собой боковой либо прямой снимок черепа, позволяет определить правильность расположения верхней и нижней челюсти относительно основания черепа, поставить ортодонтический диагноз, правильно выбрать метод лечения);

- компьютерная томография (метод трехмерной визуализации обеих челюстей, придаточных пазух носа и височно- нижнечелюстного сустава с минимальной лучевой нагрузкой для Пациента, необходимо при комплексной стоматологической реабилитации, а также некоторых состояниях в эндодонтист, хирургии, пародонтологии, ортопедии);
- радиовизиография- цифровой снимок в области 1 зуба.

Процедура проведения (КТ): пациент находится в положении стоя на указанном специалистом месте по отношению к аппарату, подбородок устанавливается на специальный упор с прикусником, а рама с датчиком и рентгеновским излучателем поворачивается вокруг головы пациента.

4. Инструментальное обследование (один из самых главных методов диагностики, проводится с использованием стоматологического зеркала, специальных зондов, позволяет оценить состояние каждого зуба, состояние эмали, наличие кариозных полостей, болезненность зубов).
5. Применение цифровой внутриротовой видеокамеры (используется для визуализации и увеличения до 100 раз поверхности зубов и слизистой оболочки полости рта).
6. Специальные методы диагностики стоматологических состояний и заболеваний, в частности:
 - электроодонтодиагностика (метод оценки возбудимости чувствительных нервов зуба при их раздражении электрическим током);
 - термоодонтодиагностика (метод оценки состояния возбудимости чувствительных нервов зуба с помощью температурных раздражителей);
 - создание диагностических моделей челюсти пациента (необходимы для постановки диагноза и для контроля лечения, то есть оценки начального состояния, после препарирования, после наложения и фиксации протезов, брекетов) и другие методы;
 - электромиография;
7. Фотографирование- проводится цифровой камерой с целью диагностики, планирования, визуализации ситуации полости рта. Проводится в случаях планируемых эстетических работ, при ортопедическом, ортодонтическом лечении, а также при реставрации зубов и эндодонтическом лечении с помощью микроскопа.

За исключением опроса, проводимого на любом приеме любого специалиста, все остальные перечисленные методы диагностики применяются при наличии соответствующих показаний и при правильном их применении:

1. Исключают внесение во внутреннюю среду организма болезнетворных вирусов и бактерий, чужеродных веществ;
2. Как правило, не сопровождаются болевыми и иными неприятными ощущениями, если только их целью не ставится определение степени болезненности;
3. Не сопровождаются рисками для здоровья.

Ознакомившись с перечнем диагностических мероприятий, применяемых в клинике, я, {ФамилияИмяОтчество} даю согласие на их назначение и проведение мне либо моему ребенку _____, любым из специалистов клиники, если их проведение необходимо для постановки или уточнения моего диагноза (диагноз моего ребёнка), а также выбора мероприятий по лечению.

Все термины данного информированного согласия, а также цели каждой диагностической манипуляции мне понятны, на возникшие вопросы получены полные и ясные мне ответы.

Имеются диагностические мероприятия, в отношении которых я заявляю об отказе от их проведения, в частности: _____

Отказываясь от применения данных диагностических манипуляций, я осознаю, что лишаю врача возможности получения более точной и достоверной информации состоянии моего здоровья (здоровья моего ребёнка).

Я понимаю, что факт дачи мною согласия на медицинское вмешательство имеет соответствующие юридические последствия. Я подписываю настоящее согласие на медицинское вмешательство, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой информацией для принятия решения.

Я, Пациент (законный представитель), {ФамилияИмяОтчество}

настоящим даю согласие на _____

врачом {ФамилияИмяОтчествоВрача}

Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под 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.

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предоставлена вся достоверная информация об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, а также вся необходимая информация о предстоящем моем (представляемом мной лицом) лечении. При таких условиях я _____ (согласен(на) / не согласен(на)- нужное вписать собственноручно) с названными условиями проведения лечения.

Подписание данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) медицинского вмешательства.

Настоящий документ является неотъемлемой частью медицинской карты.

Во всем вышеизложенном я, Пациент (законный представитель Пациента), расписался собственноручно.

Настоящее согласие дано мной {ТекущаяДатаПолная} г. и действует до полного окончания лечения (исполнения Договора об оказании медицинских услуг).

Дата: {ТекущаяДатаПолная} г.

Пациент: _____ ({ФамилияИО})
(подпись) (фамилия, инициалы)

Законный представитель: _____ (_____)
(подпись) (фамилия, инициалы)

Лечащий врач: _____
(специализация)

(_____ {ФамилияИмяОтчествоВрача})
(подпись) (фамилия, инициалы)