

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на осмотр и консультацию врача-стоматолога

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

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.

Информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается пациентом либо его законным представителем один раз при первичном обращении в медицинскую организацию и действительно в течение всего срока оказания услуг в медицинской организации.

В целях проведения полноценного и качественного обследования, правильного выбора методов лечения врачу-стоматологу может потребоваться провести (использовать):

– **Опрос**, в том числе, выявление жалоб, сбор анамнеза. Опрос сопровождается занесением информации о пациенте в медицинскую карту с последующим подтверждением слов пациента своей подписью.

– **Осмотр**, в том числе: *пальпацию* (метод медицинского обследования, основанный на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони руки. С помощью пальпации определяют свойства тканей и органов: их положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, топографические соотношения, а также болезненность исследуемого органа); *перкуссию* – в стоматологии проводится с помощью стоматологических инструментов при открытой полости рта, легко постукивая инструментом по различным участкам поверхностей зуба.

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

– **Рентгенологическое исследование** – неинвазивный, высокодостоверный и быстрый метод визуализации зубочелюстной области (челюстно-лицевой области) и прилегающих структур, позволяющий в кратчайшие сроки получить информацию о текущей патологии, выявить скрытую патологию, спланировать и проконтролировать необходимое пациенту лечение.

– **Конусно-лучевую компьютерную томографию** – метод трехмерной послойной визуализации обеих челюстей, придаточных пазух носа и височно-нижнечелюстного сустава с высоким пространственным разрешением, необходимо при комплексной стоматологической реабилитации, а также некоторых состояниях в терапии, хирургии, пародонтологии, ортопедии, ортодонтии;

– **Интраоральную рентгенографию зубов** – цифровой снимок в области одного или нескольких рядом стоящих зубов и прилегающих структур в высоком разрешении

– **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 и некариозных поражений, состояние пародонта).

- **Цифровую внутриротовую видеокамеру** (используется для визуализации и позволяет получить изображение зубов и слизистой оболочки полости рта).
- **Специальные методы диагностики стоматологических состояний и заболеваний**, в частности: *термоодонтодиагностика* (метод оценки состояния возбудимости чувствительных нервов зуба с помощью температурных раздражителей); *создание диагностических моделей челюстей пациента* (необходимы для постановки диагноза и для контроля лечения, то есть, оценки начального состояния, после препарирования, после наложения и фиксации протезов) и другие методы.
- **Фотографирование (фотодокументация)** – проводится цифровой фотокамерой с целью визуализации параметров челюстно-лицевой области (головы, шеи и полости рта). Используется для диагностики, планирования, оценки динамики и результата лечения, а также для коммуникации с зуботехнической лабораторией, для достижения эстетических результатов лечения исходя из требований пациента. Необходимость фотодокументирования определяется каждым специалистом применительно к каждому конкретному случаю.

Я, \_\_\_\_\_, ознакомившись с перечнем диагностических мероприятий, применяемых в клинике ООО СтЦ «Леонэ-Дэнт», даю согласие на их назначение и проведение мне любым из специалистов клиники, если их проведение необходимо для постановки или уточнения моего диагноза, 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.

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.

Пациент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Ф А М И Л И Я И. О. . П О Д П И С Ь

Врач-стоматолог \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Ф А М И Л И Я И. О. . П О Д П И С Ь

\_\_\_\_\_ Д А Т А