

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
Профессиональная гигиена полости рта.**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства,

Я, [dsClient.Fullname]

добровольно соглашаюсь на проведение профессиональной гигиены полости рта.

Целью профессиональной гигиены полости рта является снятие мелкого инфицированного зубного налета и минерализованных зубных отложений с поверхности зубов.

Я информирован(а) о необходимости и частоте проведения профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным планом профилактических мероприятий, рекомендованных мне лечащим врачом.

Я информирован(а) о допустимости коррекции назначенного плана и технологий в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения по рекомендованному мне плану профилактических мероприятий.

Я информирован(а) о возможности в результате проведения гигиенической чистки осветления до натурального цвета, так как эта процедура не относится к отбеливающим технологиям.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии: пищевой, бытовой, к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я проинформирован(а) о возможных негативных последствиях частичного или полного отказа от проведения профессиональной гигиены полости рта, а именно: прогрессирование заболеваний пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета;

Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим/врачом-стоматологом и понятна информация о гарантиях, а именно: невозможность обозначения сроков гарантии по причине специфики данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки).

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур.

Я понимаю, что в ходе лечения может возникнуть необходимость дополнительного обследования, о чем меня уведомит врач.

Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

Я понимаю значение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я подтверждаю свое согласие на проведение профессиональной гигиены полости рта на предложенных условиях, о чем подписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / **[dsClient.Fullname]**
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Подпись врача: _____ / _____
(подпись врача) (расшифровка подписи)

[today]

Информированное добровольное согласие пациента на проведение пародонтологического лечения

я, [dsClient.FULLNAME] [dsClient.BDATE] г. рождения,
(ФИО, год рождения) заполняется собственноручно пациентом или его законным представителем

(законный представитель) _____

(ФИО несовершеннолетнего)

в соответствии со ст. 20, 21, 22 и 23 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ даю согласие на проведение мне (представляемому лицу) **пародонтологического лечения.**

Я сообщил(а) врачу обо всех перенесенных мной хронических и сопутствующих заболеваниях, травмах, операциях, а также о принимаемых лекарственных средствах. Вместе с тем я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ. Я понимаю, что результат лечения зависит, в том числе, и от исходного состояния здоровья, а также анатомических особенностей организма.

Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, из которых я имел(а) возможность выбрать наиболее рациональный вариант в моем клиническом случае. Я понимаю, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией организма возможно расхождение с первоначально определенным планом лечения и изменение ранее оговоренной стоимости лечения как в большую, так и в меньшую сторону по предварительному согласованию.

Врач пояснил мне, что **пародонтология – это раздел стоматологии, который занимается профилактикой и лечением патологии пародонта.** К пародонту относят все органы и ткани, которые размещены вокруг зуба — десна, костная ткань, в которой расположен корень зуба и связочный аппарат зуба. Наиболее встречающимися заболеваниями в пародонтологии являются гингивит, пародонтоз, пародонтит.

Целью пародонтологического лечения является устранение воспаления, восстановление анатомических структур и физиологических функций пародонта, а также поддержание достигнутого лечебного эффекта.

Я понимаю, что и консервативное лечение, и оперативное вмешательство могут иметь успех лишь при дальнейшей профилактике заболеваний полости рта.

Я информирован(а) о предполагаемом плане стоматологического лечения представляемого лица, существующих утвержденных методиках лечения, используемых лекарственных препаратах; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.

Я согласен(а) регулярно посещать моего врача (обеспечить представляемым лицом посещение врача) для осмотра и профилактических процедур с частотой не реже одного раза в два месяца. Я проинформирован(а) о том, что нерегулярное либо несвоевременное посещение неизбежно снизит результаты предложенного лечения. Я согласен(а) на рентгенологическое обследование, необходимое как до, так и после лечения для достижения оптимального результата.

Терапевтическая пародонтология (снятие зубных отложений, закрытый кюретаж) включает противовоспалительное, симптоматическое, поддерживающее лечение, проводимое курсом и состоит из ряда медикаментозных и физиотерапевтических мероприятий, поддерживающих и улучшающих состояние здоровья пародонта.

Антибактериальная и противовоспалительная медикаментозная терапия при лечении заболеваний пародонта заключается в комплексе последовательно применяемых на ткани пародонта манипуляций, которые проводятся после устранения наддесневых и поддесневых зубных отложений, что является первым и очень важным этапом.

Чистка зубов проводится лечащим врачом, гигиенистом либо врачом-пародонтологом. Все поверхности зубов очищаются с помощью специальных ультразвуковых аппаратов при постоянном орошении рабочего поля антисептиками. Снимаются зубной налет и наддесневые и поддесневые зубные камни. Поверхность эмали полируется специальными пастами. Заканчивается процедура нанесением специальных, укрепляющих зубы, профилактических составов.

Я информирован(а) о том, что после снятия зубных отложений может появиться повышенная чувствительность зубов, причиной которой стали продукты жизнедеятельности микроорганизмов, однако со временем чувствительность зубов нормализуется.

Хирургическая пародонтология (открытый кюретаж). Оперативное вмешательство в пародонтологии подразумевает изменение структуры и формы десны, уровень ее прикрепления. В том

случае, если возникло оголение участка зуба или рецессия десны, такое лечение просто необходимо. Иногда участок десны недостаточно прикреплен, тогда при движении губ или щек слизистая отстает от зуба. В этом случае под местной анестезией выполняется резекция десневого кармана – удаление отслоившейся десны.

Также к хирургическим вмешательствам относятся удлинение коронки зуба и регенерация костных тканей. В первом случае бывает необходимость нарастить коронку; это происходит, когда (из-за травмы, кариозных повреждений) десна налегает на верхний край зуба. Регенерация ткани предусматривает установку особого материала, стимулирующего восстановление костной ткани в месте повреждения.

Я подтверждаю, что предварительно проинформирован о возможности развития осложнений при любых хирургических операциях в полости рта, проведении анестезии и при приеме лекарств, не зависящих от лечащего врача. Они включают в себя возможный болевой синдром, отек, гематому и связанный с этим косметический дефект, тошноту, воспаление в послеоперационном периоде; аллергические состояние при введении и назначении медикаментозных препаратов; также могут возникнуть временное онемение языка, губ, подбородка, зубов, послеоперационное кровотечение, обнажение корней зубов и связанный с этим эстетический дефект (что может потребовать дополнительной коррекции).

Я понимаю, что осложнения могут потребовать проведения дополнительных диагностических и лечебных процедур.

Мне известно, что несмотря на то, что пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеют высокий процент клинического успеха, тем не менее, они не могут иметь стопроцентной гарантии на успех. Я проинформирован(а) о том, что при имеющемся у меня (представляемого лица) заболевании никакие методы лечения не в состоянии восстановить то состояние моей зубочелюстной системы, которое имелось до возникновения заболевания. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что врач не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

Я понимаю, что курение, прием алкоголя, неудовлетворительная гигиена полости рта неблагоприятно влияют на процесс заживления и значительно уменьшают вероятность успеха лечения, а также то, что в случае рецидива заболевания ввиду несоблюдения рекомендаций и недостаточной гигиены полости рта повторное лечение будет проводиться за мой счет.

Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости коррекции плана лечения в процессе лечения.

Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю, что мой лечащий врач:

- Проинформировал меня об особенностях лечения для принятия мною обдуманного решения.
- Дал мне возможность задать до начала лечения, интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.
- Дал мне время на обсуждение протокола процедуры.
- Получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья.

Я понимаю, что врач не сможет абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата.

Я обязуюсь соблюдать (обеспечить представляемым лицом соблюдение) рекомендации и назначения врача. Мне известно, что несоблюдение мною (представляемым лицом) предписаний врача, плана лечения или правил внутреннего распорядка медицинского учреждения, может неблагоприятно сказаться на здоровье, что может способствовать ухудшению общего состояния.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(-а) вышеизложенную информацию, она мне понятна, все интересующие меня вопросы были заданы мной лечащему врачу, на них были получены ответы, и я даю согласие на проведение мне (представляемому лицу) пародонтологического лечения.

_____ [dsClient.FULLNAME]

(ФИО пациента полностью, подпись пациента или его законного представителя)

_____ (_____)

(ФИО Врача и подпись)

[today]

**Информированное добровольное согласие
на медицинское (-ие) вмешательство (-а) – местную анестезию**

(основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)

Я, _____ [dsClient.Fullname] _____, ____ [dsClient.BDATE] ____ года рождения,

проживающий (-щая) по адресу: г. [dsClient.City], ул. [dsClient.Streetname], д. [dsClient.Addr], кв. [dsClient.Flat],

Паспорт серия [dsClient.Paspser] номер [dsClient.Paspnum],

Выдан [dsClient.Paspdate] [dsClient.Paspplace] [dsClient.Paspdecode]

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

паспорт: _____, выдан: _____
(номер, серия) (орган, выдавший паспорт, и дата выдачи)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское (-ие) вмешательство (-а), а именно на проведение: местной анестезии и/или аппликационной анестезии, и/или инфльтрационной анестезии, и/или проводниковой анестезии, и/или сочетанной анестезии, и т.д. (далее – местная анестезия).

Медицинский работник _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

после выполненной диагностики обосновал необходимость в проведении местной анестезии.

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился (-лась) с предлагаемой местной анестезией и, в соответствии со своей волей, мог (-ла) либо отказаться от неё, либо дать свое согласие на проведение местной анестезии.

Я информирован (-а) о том, что пунктом 4 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определено, что Пациент имеет право на облегчение боли, связанной с заболеванием, состоянием и/или медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами.

Я информирован (-а) о том, что в соответствии с пунктом 23 «Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям», утвержденному Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.03.2018 г. № 92н, в случае если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием медицинской помощи, может повлечь возникновение болевых ощущений, такие манипуляции проводятся с обезболиванием.

Я информирован (-а) о том, что согласно пункту 16 «Порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями», утвержденному Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.11.2012 г. № 910н, в случае если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями, может повлечь возникновение болевых ощущений, такие манипуляции проводятся с обезболиванием.

Я информирован (-а) о том, что местная анестезия будет выполнена в отношении меня/ лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование).

Последствиями отказа от предложенной мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, местной анестезии могут быть: появление болевого синдрома разной выраженности, интенсивности и продолжительности при инвазивных медицинских вмешательствах стоматологического профиля; развитие кровотечения (-ий); ухудшение визуализации операционного поля; увеличение продолжительности стоматологического (-их) медицинского (-их)

вмешательства/вмешательств; снижение качества стоматологического лечения; а также появление негативных психоэмоциональных последствий, связанных со стоматологическим лечением и т.д.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами медицинского (-их) вмешательства/вмешательств, которое (-ые) в моем случае (в случае лица, законным представителем которого я являюсь) не показаны и/или не безопасны, и/или будут иметь меньший клинический успех.

Я информирован (-а) о том, что альтернативными местной анестезии медицинскими вмешательствами являются: тотальная внутривенная анестезия; комбинированный эндотрахеальный наркоз; комбинированный ингаляционный наркоз (в том числе с применением ксенона); выполнение инвазивного (-ых) стоматологического (-их) медицинского (-их) вмешательства/вмешательств без какого-либо обезболивания.

Я информирован (-а) о том, что при местной инфильтрационной анестезии местное обезболивающее действие лекарственного препарата «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) начинается через 1-5 минут после его введения, а при местной проводниковой анестезии через 9-15 минут после инъекции.

Я информирован (-а) о том, что длительность полной местной анестезии с использованием лекарственного препарата «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) при введении его в пульпу (нерв) зуба составляет не менее 80 минут, а при введении в мягкие ткани – от 120 до 240 минут.

Я информирован (-а) об противопоказаниях к проведению местной анестезии с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование), связанных с наличием в его составе артикаина, а именно: известная аллергия и/или повышенная чувствительность к местным анестетикам амидной группы включая артикаин; известное снижение активности холинэстеразы крови; тяжелые, неконтролируемые или нелеченные нарушения возбудимости и проводимости сердца (АВ-блокада II и III степени, выраженная брадикардия); острая декомпенсированная сердечная недостаточность; выраженная артериальная гипотензия; детский возраст до 4-х лет.

Я информирован (-а) об противопоказаниях к проведению местной анестезии с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование), связанных с наличием в его составе эпинефрина, обладающего сосудосуживающими свойствами, а именно: нестабильная стенокардия; недавно перенесенный инфаркт миокарда (до 6-ти месяцев); недавно перенесенное аорто-коронарное шунтирование (до 3-х месяцев); рефрактерная аритмия и пароксизмальная тахикардия или непрерывная аритмия с высокой частотой сердечных сокращений; не леченная или неконтролируемая выраженная артериальная гипертензия; не леченная или неконтролируемая застойная сердечная недостаточность; закрытоугольная глаукома; гиперфункция щитовидной железы; феохромоцитомы; одновременный прием некардиоселективных бета-адреноблокаторов (например пропранолола).

Я информирован (-а) о том, что Эпинефрин, как компонент (местноанестезирующего средства) – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) может подавлять высвобождение инсулина поджелудочной железы и, таким образом, уменьшать эффект пероральных гипогликемических средств.

Я информирован (-а) об противопоказаниях к проведению местной анестезии с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование), связанных с наличием в его составе сульфита, а именно: известная аллергия и/или повышенная чувствительность к сульфитам; тяжелая бронхиальная астма.

Добровольно соглашаясь на проведение местной анестезии в отношении меня/лица, законным представителем которого я являюсь, я подтверждаю то, что не располагаю достоверной информацией о наличии у меня/лица, законным представителем которого я являюсь, противопоказаний к проведению местной анестезии с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование).

Я информирован (-а) о том, что при минимальном подозрении на возможную реакцию гиперчувствительности к любому из компонентов лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) перед проведением местной анестезии медицинским работником будут назначены дополнительные исследования на наличие аллергии.

Я информирован (-а) о том, что для уточнения диагноза лекарственной аллергии к компонентам местноанестезирующего средства при положительном фармакологическом анамнезе медицинским работником перед проведением местной анестезии будут назначены в том числе провокационные тесты (кожные, подъязычные и в полной терапевтической дозе), которые будут проведены врачом аллергологом-иммунологом в плановом порядке, строго по показаниям, в условиях приближенных к блокам реанимации и интенсивной терапии специализированной медицинской организации.

Я информирован (-а) о том, что проведение местной анестезии в отношении Пациентов, имеющих отягощенный аллергологический анамнез, а именно Пациентов, имеющих в анамнезе аллергические заболевания (аллергический ринит, бронхиальную астму, атопический дерматит, лекарственную аллергию, аллергические реакции на ужаление перепончатокрылых насекомых, аллергические реакции после употребления красного вина и прочие пищевые аллергии, и т.д.) возможно только после планового обследования врачом аллергологом-иммунологом.

Я информирован (-а) о том, что местная анестезия с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) категорически противопоказана детям в возрасте младше 4-х лет и/или массой тела меньше 20 кг.

Я информирован (-а) о том, что отсутствуют или ограничены данные о безопасном и/или не безопасном выполнении местной анестезии с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) у беременных. Местная анестезия с применением лекарственного препарата

(местноанестезирующего средства) – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) при беременности выполняется только в том случае, если потенциальная польза от её проведения превосходит потенциальный риск для плода.

Я информирован (-а) о том, что при проведении местной анестезии с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) артикаин в небольших количествах экскретируется в грудное молоко, однако, его воздействие на новорожденных, находящихся на грудном вскармливании, маловероятно при введении препарата матери в терапевтических дозах. Решение о продолжении или отмене грудного вскармливания на фоне проведения местной анестезии с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) принимает медицинский работник.

Я информирован (-а) о том, что после проведения местной анестезии с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) кормящая мать должна сцедить первую порцию грудного молока перед возобновлением грудного вскармливания.

В случае проведения местной анестезии выбор анестезиологического пособия (анестетика определенного производителя/торгового наименования и техники выполнения анестезии) я доверяю медицинскому работнику, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые лекарственные препараты и медицинские изделия, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т. д.) о применяемой местной анестезии.

Я информирован (-а) о принципах, целях и методах оказания медицинской помощи (медицинского (-их) вмешательства/вмешательств), а именно местной анестезии, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: безболезненное проведение инвазивных медицинских вмешательств стоматологического профиля, выраженный гемостаз, улучшение визуализации операционного поля, а также предупреждение или устранение негативных психоэмоциональных последствий, связанных со стоматологическим лечением и т.д.

Я информирован (-а) о том, что местная анестезия с применением лекарственного препарата (местноанестезирующего средства) – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) является крайне серьёзным медицинским вмешательством и требует моего/лица, законным представителем которого я являюсь, нахождения под наблюдением в медицинской организации в течении 40 минут после проведения местной анестезии.

Я информирован (-а) о возможных рисках и осложнениях местной анестезии, а именно о том, что в 20% случаев возможно развитие ятрогенных осложнений (появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой местной анестезией), а также, что в 20% случаев возможно развитие нового заболевания, связанного с основным.

Я информирован (-а) о следующих возможных последствиях и осложнениях местной анестезии, которые обусловлены главным образом развитием нежелательной реакции на введение местноанестезирующего средства – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование):

анафилактический шок, гиперчувствительность I типа;

беспокойство и тревожность;

головная боль, парестезии, головокружение, гипестезия, дисгевзия, периферическая нейропатия, сонливость, обморок, судороги, угнетение сознания, потеря сознания, агевзия, большие судорожные припадки, гипергевзия, гипестезия лица, гипотонус, паралич VI черепного нерва, паралич IV черепного нерва, предобморочное состояние, тремор, сенсорное расстройство;

блефароспазм, диплопия, снижение остроты зрения;

боль в ухе, звон в ушах;

сердцебиение, тахикардия, аритмия, брадикардия, остановка сердца и дыхания;

кровотечение, артериальная гипотензия, артериальная гипертензия;

отек слизистой околоносовых пазух, апноэ, дисфония, диспноэ, отек гортани, отек глотки, отек легких;

гингивит (включая в язвенной форме), диарея, боли в животе, хейлит, запор, сухость во рту, диспепсия, тошнота/рвота, гиперсаливация, повышенная чувствительность зуба (-ов), гипестезия полости рта, отек тканей полости рта, парестезии полости рта;

гипергидроз, кожный зуд, сыпь, ангионевротический отек, крапивница, эритема;

боль в спине, мышечная скованность, тризм, остеонекроз, отек тканей лица;

отечность, боль, гематома, некроз тканей и воспаление в месте введения местного анестетика;

астения, озноб, утомляемость, недомогание, жажда, повышение температуры тела;

боль во время проведения местной анестезии, повреждение тканей полости рта, повреждение нервов и кровеносных сосудов, повреждение V черепного нерва, неправильный путь введения местноанестезирующего средства, внутрисосудистое введение местноанестезирующего средства.

Я информирован (-а) о том, что острые нежелательные реакции на введение местноанестезирующего средства – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) обычно развиваются в случаях высокой концентрации местного анестетика в плазме крови либо непреднамеренного и быстрого его внутрисосудистого введения.

Я информирован (-а) о том, что для уменьшения риска внутрисосудистого введения местноанестезирующего средства медицинским работником всегда выполняется контрольная аспирация как минимум в двух плоскостях, однако отрицательный результат аспирации не позволяет надёжно исключить непреднамеренное и непредвиденное внутрисосудистое введение анестетика.

Я информирован (-а) о том, что острые нежелательные реакции на введение местноанестезирующего средства – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование), такие как артериальная гипертензия, артериальная гипотензия, анафилактический шок, судороги, брадикардия, остановка сердца и дыхания и т.д. угрожают жизни и здоровью и в обязательном порядке требуют оказания экстренной медицинской помощи.

Я даю информированное добровольное согласие на оказание мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, экстренной медицинской помощи при острых нежелательных реакциях, угрожающих жизни и здоровью, в случае их развития, в том объеме, который определит (-ят) медицинский (-ие) работник (-и).

Я информирован (-а) о том, что экстренная медицинская помощь при острых нежелательных реакциях, угрожающих жизни и здоровью, может включать в себя в том числе: установку венозного доступа и/или введение лекарственных препаратов, и/или проведение сердечно-легочной реанимации (дефибрилляция сердца, ИВЛ, непрямой массаж сердца, трахеотомия/трахеостомия/коникотомия/коникостомия, интубация трахеи, использование ларингеальной маски, использование фаринготрахеальных и пищеводно-трахеальных воздуховодов и т.д.).

Я информирован (-а) о том, что при оказании экстренной медицинской помощи при острых нежелательных реакциях на проведение местной анестезии, угрожающих жизни и здоровью, в целях спасения жизни, может быть причинён обоснованный и непреднамеренный вред моему здоровью/здоровью лица, законным представителем которого я являюсь.

Я информирован (-а) о том, что при оказании экстренной медицинской помощи при острых нежелательных реакциях на проведение местной анестезии, угрожающих жизни и здоровью, может потребоваться моя/лица, законным представителем которого я являюсь, медицинская эвакуация в специализированную медицинскую организацию.

Я информирован (-а) о том, что острые нежелательные реакции на проведение местной анестезии с применением местноанестезирующего средства – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование), такие как артериальная гипертензия, артериальная гипотензия, анафилактический шок, судороги, брадикардия, остановка сердца и дыхания и т.д. могут привести к серьезным последствиям для моего/лица, законным представителем которого я являюсь, здоровья или даже к смерти.

Я информирован (-а) о том, что острые нежелательные реакции на проведение местной анестезии с применением местноанестезирующего средства – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование), такие как артериальная гипертензия, артериальная гипотензия, анафилактический шок, судороги, брадикардия, остановка сердца и дыхания и т.д. могут потребовать длительного лечения и реабилитации в специализированной медицинской организации.

Я информирован (-а) о том, что оценка причинно-следственной связи нежелательных реакций на проведение местной анестезии с применением местноанестезирующего средства – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) крайне затруднена, поскольку они могут быть обусловлены как основным стоматологическим заболеванием, самой процедурой, так и действием местного анестетика.

Я информирован (-а) о том, что курение, а также употребление наркотических веществ и алкоголя могут негативно отразиться на результатах местной анестезии. Я информирован (-а) о необходимости следовать рекомендациям медицинского работника как при подготовке к проведению местной анестезии с применением местноанестезирующего средства – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование), так и в момент её выполнения, а также после выполненной местной анестезии.

Я информирован (-а) о том, что принимать пищу после выполненной местной анестезии с применением местноанестезирующего средства – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) можно только после прекращения действия местного анестетика и полного восстановления чувствительности.

Я информирован (-а) о том, что решение, когда Пациент после выполненной местной анестезии с применением местноанестезирующего средства – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) сможет вернуться к управлению транспортными средствами и занятиям другими потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенной концентрации внимания и скорости психомоторных реакций, принимает медицинский работник.

Я информирован (-а) о том, что после выполненной местной анестезии с применением местноанестезирующего средства – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) у спортсменов скрининговые анализы крови могут показать положительный допинг результат. Артикаин, как компонент местноанестезирующего средства – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) не включен в перечень WADA. Эпинефрин, как компонент местноанестезирующего средства – «Артикаин + Эпинефрин» (группировочное наименование) включен в перечень WADA, но может применяться как сосудосуживающий препарат в составе местных анестетиков.

Я обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с медицинским работником и зафиксированному в медицинской документации), соблюдать гигиену полости рта.

Я информирован (-а) о необходимости строго следовать всем рекомендациям медицинского работника.

Я информирован (-а) о том, что эффект от местной анестезии (результат, длительность, последствия и т.д.) во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций медицинского работника.

Со своей стороны, я высказал (-а) все жалобы, проинформировал (-а) медицинского работника обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма (организма лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой местной анестезии. Я предупрежден (-а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть при местной анестезии в результате применения лекарственных препаратов и медицинских изделий.

Я предоставил (-а) медицинскому работнику точную историю моего физического и психического здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь). Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительных медицинских вмешательств, в том числе в экстренной форме, я даю согласие на оказание медицинских услуг (медицинской помощи) в том объеме, который определит медицинский работник.

Мне объяснено, и я понял (-а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского (-их) вмешательства/вмешательств выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана диагностики/лечения/реабилитации, включая дополнительные медицинские процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи стоматологического профиля любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я информирован (-а) о предполагаемых результатах местной анестезии, а именно обратимой потере чувствительности за счет прекращения или уменьшения проведения сенсорных нервных импульсов вблизи места инъекции местного анестетика.

Я согласен (-а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я согласен (-а) и разрешаю медицинскому работнику, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении (лечении лица, законным представителем которого я являюсь) в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я имел (-а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил (-а) ответы. Я получил (-а) все рекомендации, касающиеся запланированного медицинского вмешательства. Я информирован (-а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинскому (-им) вмешательству (-ам). Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от предложенной местной анестезии, либо дать свое согласие.

Настоящий документ составлен на **5-и** страницах и хранится в моей медицинской документации.

Дата оформления информированного добровольного согласия: [today]

Пациент (законный представитель): _____ / _____ [dsClient.Fullname]___/
(подпись) (расшифровка)

Медицинский работник: _____ / _____/
(подпись) (расшифровка)

Я даю информированное добровольное согласие по форме и содержанию, подписанного мною ранее, а именно [today], на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское (-ие) вмешательство (-а): местную анестезию

Дата	Диагноз (МКБ-10)	Ф.И.О., (полностью), должность и подпись медицинского работника	Ф.И.О. и подпись пациента/законного представителя

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Лечение поверхностного и среднего кариеса**

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

я, [dsClient.Fullname]

(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) моим лечащим врачом о поставленном диагнозе _____
и необходимости лечения зубов в соответствии с Предварительным планом лечения.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и Предварительного плана лечения и понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз о степени кариозного поражения зуба (зубов) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение по плану лечения врач может принять только после того, как проведёт препарирование и удалит все поврежденные кариесом ткани зуба.

Я понимаю, что кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятия пораженных тканей), а так же объем его восстановления (пломбирования).

Я так же понимаю, что кариозное поражение, которое кажется «небольшой дырочкой», может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а, следовательно, потребуются реставрация (восстановление) значительной части зуба или постановка коронки или вкладки (при необходимости).

Процедура лечения кариеса имеет своей целью оздоровление полости рта, продление срока службы зубов и заключается в удалении пораженных кариесом тканей зуба, обработке подготовленной полости медицинскими препаратами для снятия чувствительности и закрепления прилегания пломбировочного материала, внесении пломбировочного материала, шлифовке и полировке пломбы по прикусу.

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой пломбировочный материал будет мной выбран и от размера пораженного участка зуба (зубов).

Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, в том числе об удалении пораженного зуба.

Я осведомлен(а) о последствиях полного или частичного отказа от данного лечения, а именно прогрессирование кариеса, развитие его осложнений, в том числе воспаление пульпы, периодонтит, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния зубов.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а так же сроки проведения лечения.

Я информирован(а) о всех возможных осложнениях, которые могут произойти как во время так и после лечения, в том числе: воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий, если слой дентина тонкий или повреждается в процессе обработки зуба, в этом случае потребуются лечение корневых каналов; возобновление кариозного процесса по прошествии какого-то времени, что может потребовать повторное лечение;

Мне разъяснена необходимость применения обезболивания (местной инъекционной анестезии) с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и капсул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести в редких случаях к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, и исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время

обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на пломбирование и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь права на гарантию.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а так же предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента и договора на оказание платных стоматологических услуг, понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения кариеса на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / **[dsClient.Fullname]**

(подпись Пациента)

(ФИО полностью)

Являясь законным представителем Пациента-ребенка, я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения у него кариеса на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись представителя: _____ / _____ /

(подпись представителя)

(ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____ /

(подпись врача)

(расшифровка подписи)

Дата [today]

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Лечение глубокого кариеса

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я **[dsClient.Fullname]**

(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) моим лечащим врачом о поставленном диагнозе _____ и необходимости лечения зубов _____ в соответствии с Предварительным планом лечения.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз (глубокий кариес или пульпит?) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение лечения врач может принять только после того, как проведёт препарирование и удалит весь размягчённый дентин из полости зуба. При этом возможны два варианта лечения:

1. Наложение лечебной прокладки с последующим пломбированием зуба (1-2 посещения).
2. Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба) с последующим пломбированием (2 - 4 посещения).

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет возможен.

Я осведомлён(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время, и после лечения, в том числе риск возникновения пульпита:

- после лечения с наложением лечебной прокладки возможно появление болевых ощущений, при нарастании которых врач вынужден будет провести эндодонтическое лечение;
- обострение заболевания может возникнуть и в более отдалённые сроки, и это тоже приведёт к эндодонтическому лечению;
- при эндодонтическом лечении возможно появление болевых ощущений в зубе при надкусывании и жевании;
- _____.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии для обезболивания медицинских манипуляций на заболевшем зубе. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Мне разъяснена необходимость, как во время лечения, так и после его окончания приходить на назначенные врачом контрольные осмотры и профилактические мероприятия, соблюдать гигиену полости рта.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на лечение кариеса и пломбирование и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь права на гарантию.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения кариеса зубов (либо пульпита) на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / **[dsClient.Fullname]** /
(подпись) (ФИО полностью)

Являясь законным представителем Пациента-ребенка, я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения ему заболевания пародонта на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись представителя: _____ / _____ /
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

[today]

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

Эндодонтическое лечение

(лечение корневых каналов)

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства,

Я [dsClient.Fullname]

(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе _____
и необходимости проведения эндодонтического лечения (лечения корневых каналов) зубов _____
в соответствии с Предварительный планом лечения.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию, с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым мне лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для удаления возбудителей инфекции, а так же постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата. Положительный результат эндодонтического лечения заключается в исчезновении воспаления на верхушке корня и проявляется в период от 3-х до 12-ти месяцев.

Последствием отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются: удаление поражённого зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

Хотя эндодонтическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а так же сроки проведения лечения.

Врач понятно объяснил мне, в чем будет заключаться предложенное лечение и все возможные осложнения предложенного лечения и последствия, которые могут возникнуть как во время лечения корневых каналов, так и после его окончания, а именно:

1. имеется определенный процент (5 - 10 %) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, хирургического вмешательства в области корней зуба и даже удаления зуба.

2. ощущение дискомфорта после лечения продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты;

3. во время лечения корневых каналов, особенно искривленных, возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба или вызвать необходимость применения других манипуляций;

4. если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно её необратимое повреждение). Также при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти раскол или перелом самого зуба, что может привести к его удалению;

5. даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя дать гарантии, что зуб не подвергнется кариозному разрушению или перелому в будущем.

6. _____.

При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, поэтому я соглашаюсь на риск возникновения следующих осложнений:

- невозможность удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;
- при сильной кальцификации (плохой проходимостью) корневых каналов, повышается вероятность возникновения перфорации и поломки инструментов и перелома корня.

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтического лечения.

Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения, в противном случае может возможно потерять зуб, либо потребуются повторное лечения корневых каналов.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, возможно, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков или антибиотиков.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что ожидаемый мной положительный результат эндодонтического лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на эндодонтическое лечение и пломбирование корневых каналов и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мной заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а так же предоставлять об объеме и стоимости оказанных услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента и понимаю, что его подписание влечет правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для осуществления эндодонтического лечения (лечение корневых каналов) на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / **[dsClient.Fullname]** /
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)

[today]

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Удаление зуба(ов)**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства,

Я [dsClient.Fullname]

(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе

и необходимости проведения хирургической операции

Основные осложнения оперативного лечения обусловлены анатомо-физиологическими особенностями моего организма. Удаление зуба верхней челюсти проводится в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, развитие послеоперационных отеков и кровотечений.

Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического или острого патологического процесса челюстно-лицевой области, также могут включать в себя в редких случаях временное ограниченное открывание рта, повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти.

Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, направленных на сохранение зуба, их преимуществах и недостатках. Я так же информирован(а), что в ряде конкретных случаев удаление зуба является единственным способом лечения.

Я соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях во время хирургической операции и в послеоперационном периоде возникают нижеперечисленные осложнения:

- Болевые ощущения в течение послеоперационного периода;
- Сохранение припухлости мягких тканей;
- Повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
- Ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
- В крайне редких случаях при аномальном расположении зуба - повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти;
-

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течении нескольких дней и более.

Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.

Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях

аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я информирован(а) о необходимости после операции соблюдать полный покой: соблюдать щадящую диету и гигиену полости рта. Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие аллергии, осложнений и естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных стоматологических.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне хирургической операции на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / **[dsClient.Fullname]** /
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Врач: _____ / _____ /
(подпись врача) (ФИО)

[today]

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство Операция установки дентальных имплантатов, костная и мягкотканная пластика

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я [dsClient.Fullname]
(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном после обследования о диагнозе и необходимости проведения хирургической операции по установке дентальных имплантатов, костной и мягкотканной пластики. От альтернативного плана лечения с использованием съемного протезирования пластиночными протезами я отказываюсь в пользу протезирования с опорой на имплантатах.

Я информирован (а), что операция будет проводиться под местным обезболиванием. Во время операции в костную ткань челюсти мне будут внедрены имплантаты и(или) мембраны, винты, пины, мягкотканые и костно-пластические материалы, и будут наложены швы. Операция будет проведена по общепринятой методике, с использованием сертифицированных стоматологических материалов. После операции, через определенный период времени, необходимый для интеграции имплантатов, мне будут изготовлены и установлены зубные протезы с опорой на имплантаты. Имплантаты будут выполнять функцию опоры для зубного протеза самостоятельно или в сочетании с собственными зубами. Вид будущего протеза определяется доктором и фиксируется в плане ортопедического лечения с опорой на имплантаты.

Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема), поэтому я соглашаюсь на возможное увеличение стоимости при увеличении объема операции. При невозможности установки имплантатов из-за состояния костной ткани операция будет прекращена либо проведена подготовка места для установки имплантатов путем мягкотканной пластики или аугментации кости (синус-лифтинг, расщепление гребня, пересадка костных блоков и другое) и прочие манипуляции согласно решению врача. Имплантаты в этом случае могут быть установлены как одномоментно, так и отсрочено после формирования мягких и костных тканей в сроки, рекомендованные лечащим врачом. Мягкотканная и костная пластика являются отдельными от установки имплантатов услугами и требуют дополнительной оплаты по прайсу Исполнителя на момент оказания услуги. В процессе лечения с применением имплантатов может потребоваться несколько операций по костной и мягкотканной пластике, необходимых для получения наилучшего клинического и эстетического результата лечения, а также установка формирователей десны и временных ортопедических конструкций на имплантаты.

Я информирован(а), что во время и после операции, в редких случаях, могут произойти нижеперечисленные осложнения:

- Воспаление тканей вокруг имплантатов, что потребует дополнительного лечения и может привести к удалению имплантатов; припухлость, отек, болевые ощущения, кровотечения, гематомы;
 - возможно инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае осложнений, и при несоблюдения предписанных врачом назначений, рекомендаций и правил гигиены;
 - боль, отек, гематомы, общее недомогание, гипертермия, онемение губы, языка, щеки, подбородка, зубов.
- Точную продолжительность этих побочных ощущений и осложнений невозможно прогнозировать, и в крайне редких случаях они могут быть необратимыми;

Понимая сущность предложенного лечения и сложность биологического организма человека, я согласен (на), что невозможно гарантировать 100% достижение результата лечения, что ожидаемый результат может отличаться от полученного в результате вмешательства. В связи с этим, я понимаю, что возможны случаи неблагоприятного исхода операции в виде неприживления имплантата, мягкотканного трансплантата и костно-пластического материала. В то же время Исполнитель может провести повторную операцию и, при необходимости, применить костно-пластические материалы для повторной операции. При неблагоприятном исходе операции (удаление или отторжение имплантата), явившимся следствием индивидуальной реакции организма на проведенное вмешательство и не связанном с нарушением Исполнителем общепринятых правил и методик оказания соответствующих услуг, Исполнитель за такие осложнения ответственности не несет.

Я понимаю, что курение, приём алкоголя, наркотиков, некоторых лекарственных препаратов, наличие и обострение имеющихся и вновь возникших заболеваний, полученные пациентом острые травмы, снижают успех лечения. Я согласен выполнять рекомендации врача по приёму лекарственных препаратов в до- и послеоперационном периоде, по уходу за полостью рта, отказу от вредных привычек, изменению режима и характера питания, понимаю необходимость регулярно приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в амбулаторной карте стоматологического больного не реже 1 раза в 3 месяца).

Я информировал врача обо всех случаях аллергии в прошлом и настоящее время. Я предупрежден о том, что должен незамедлительно сообщать моему лечащему врачу обо всех изменениях моего здоровья.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство производиться не может. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в виде временной потери чувствительности в области обезболивания. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медицинские препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, онемение и отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше. Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема лекарственных препаратов.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров по методу, рекомендованному врачом.

Я информирован(а), что при отказе от рентген-обследования в виде трехмерной компьютерной томографии врач не сможет провести качественное лечение и исключить осложнения после лечения.

Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Я информирован о среднем сроке службы имплантатов и среднестатистическом проценте благоприятного исхода операции по установке имплантата и операций по костной и мягкотканной пластике. Меня уведомили, что костная и мягкотканная пластика может потребоваться до установки имплантатов, в момент установки имплантатов, а также после полной интеграции имплантата перед протезированием. Невыполнение такой рекомендации может послужить причиной неудачи протезирования в связи с высокими медицинскими рисками возникновения осложнений и нарушения врачебных рекомендаций.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке и сроке службы на овеществленные результаты хирургического лечения и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае несоблюдения условий гарантии и врачебных рекомендаций по срокам временного и постоянного протезирования я лишаюсь права на гарантию на все результаты оказанных услуг. Я уведомлен(а), что для сохранения гарантий и получения ожидаемого результата от протезирования на имплантатах необходимо полностью завершить весь комплексный план лечения и протезирования, рекомендованный лечащим врачом. Отказ от полного завершения комплексного плана лечения или несоблюдение сроков лечения на любом этапе является поводом для аннулирования Исполнителем гарантий на все ранее полученные результаты медицинских услуг.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, связаны со случаями аллергии или индивидуальной реакции моего организма на вмешательство, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я информирован(а), что длительное заживление послеоперационной раны, ее возможное инфицирование, наличие после удаления зубов и корней острых краев лунки, частичное или полное расхождение швов, раскручивание винта на имплантате или формирователя десны, сопутствующий синус-лифтингу воспалительный процесс в гайморовой пазухе, выкрашивание элементов костно-замещающих материалов из раны, прорезывание частей фиксирующих винтов, пинов и мембран, образование послеоперационных рубцов, неприживление, частичное или полное рассасывание мягкотканного или костно-пластического материала считаются особенностями проведения хирургических вмешательств и не являются существенными недостатками оказанных медицинских услуг. Я предупрежден о необходимости приема антибиотиков и других препаратов по назначению врача.

Я информирован (а) о том, что протезирование будет проведено в сроки, установленные для каждого вида имплантатов и индивидуальных особенностей организма. Эти сроки, установленные врачом, должны быть полностью соблюдены для максимальной адаптации имплантата в костной ткани. Оплата за ортопедический этап лечения мною будет проведена отдельно по расценкам ортопедического прейскуранта на момент проведения этапа протезирования. Мне разъяснили, что вид фиксации ортопедической конструкции на имплантаты (цементной или винтовой) выбирает врач исходя из клинической ситуации и медицинских показаний. Я уведомлен, что при винтовой фиксации на наружной части коронок будут шахты доступа к фиксирующему винту, которые закрываются пломбирочным материалом. Материал подлежит коррекции при нарушении краевого прилегания по показаниям. В случае применения комбинированных абатментов на может происходить отклейка основания от титановой базы или раскручивание фиксирующего винта, что является конструктивной особенностью изделия и не относится к недостаткам оказанной услуги. Атрофия костной ткани до 2мм в пришеечной части после установки имплантатов является нормой. Я уведомлен о необходимости после протезирования на имплантатах обязательно использовать для самостоятельной гигиены ирригатор полости рта и проходить процедуру профессиональной гигиены не реже 1 раза в бмесяцев. Я знаю, что любой съемный протез с опорой на имплантаты подлежит обязательной перебазировке и коррекции опорно-удерживающих элементов в сроки не реже 1 раз в 6 месяцев с оплатой данной услуги по прайсу клиники.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне объяснили значение схемы нумерации зубов и всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг. Я подтверждаю свое согласие на медицинские вмешательства на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / [dsClient.Fullname] /
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Врач: _____ / _____ /
(подпись врача) (ФИО)

[today]

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Хирургическое лечение**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я [dsClient.Fullname]

(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе и необходимости проведения хирургического вмешательства в соответствии с утвержденным мною предполагаемым планом лечения (удаление зубов, операции в полости рта, пластика уздечек, хирургическое лечение десен, лоскутные операции и др.).

Я получила(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширения или отказ от запланированного объема).

Последствиями отказа от хирургического лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, вовлечение в инфекционный процесс соседних зубов и тканей, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Я информирован (а) так же об основных преимуществах и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений.

Основные осложнения хирургического вмешательства обусловлены в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями моего организма. Хирургическое вмешательство в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу и ментальному отверстию, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, кровотечения и гематомы.

Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области.

Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я так же информирован(а), что в ряде конкретных случаев хирургическое вмешательство является единственным способом лечения.

Я соглашаюсь с тем, что даже при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях возникают нижеперечисленные осложнения:

- Возможность болевых ощущений и кровотечения в течение послеоперационного периода;
- Возможность сохранения припухлости мягких тканей, гематомы, потеря чувствительности;
- Повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
- Ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
-

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течении нескольких дней или недель, в зависимости от вида вмешательства. Часто требуется проведение дополнительного лечения для устранения последствий осложнений хирургического вмешательства за отдельную плату.

Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа хирургического лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта. Вследствие вмешательства лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства, изменение цвета десны, губ, языка, формирование рубца.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен(а) с возможным расширением его объема и изменения в процессе проведения вмешательства по показаниям.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в виде временной потери чувствительности в области обезболивания.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями.

Введение анестетика проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я информирован(а), что длительное заживление послеоперационной раны, ее возможное инфицирование, наличие после удаления зубов острых краев лунки, частичное или полное расхождение швов, раскручивание винта на имплантате или формирователя десны, сопутствующий синус-лифтингу воспалительный процесс в гайморовой пазухе, выкрашивание элементов костно-замещающих материалов из раны, прорезывание частей фиксирующих винтов, пинов и мембран, образование послеоперационных рубцов считаются особенностями проведения хирургических вмешательств и не являются существенными недостатками оказанных медицинских услуг.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке и сроке службы овеществленных результатов хирургического вмешательства и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, связаны со случаями аллергии или индивидуальной реакции моего организма на вмешательство, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я информирован (а) о том, что ортопедический этап лечения по замещению отсутствующих зубов будет проведен в сроки, установленные врачом в предварительном плане лечения с учетом индивидуальных особенностей организма. Эти сроки должны быть полностью соблюдены для максимальной эффективности вмешательства. Оплата за ортопедический этап лечения мною будет проведена отдельно по расценкам ортопедического прейскуранта Исполнителя на момент проведения этапа протезирования.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе, а также систему нумерации зубов.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных стоматологических услуг. Я подтверждаю свое добровольное согласие на медицинское вмешательство для проведения мне хирургической операции на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / [dsClient.Fullname] /
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____ /
(подпись врача) (ФИО)

[today]

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Несъемные ортопедические конструкции

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства,

Я [**dsClient.Fullname**] (фамилия, имя, отчество пациента) проинформирован(а) о поставленном диагнозе

Я получила(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения.

Я понимаю, что результатом протезирования является установка искусственных зубов вместо утраченных для обеспечения жевания пищи и эстетической целостности зубных рядов.

Я выбираю следующую конструкцию протеза: _____

Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и планом самого протезирования, с возможными альтернативными вариантами протезирования, в том числе протезировании съемными конструкциями и протезированием на имплантатах, которые, в моем случае, будут иметь иной клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа).

Выбирая данную конструкцию протеза, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и недостатки и возможные неудобства при пользовании протезом: _____

Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба, при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболевания пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а так же общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я соглашаюсь с тем, что при протезировании есть необходимость обтачивания зубов (препарирования эмали тонким слоем) для установки коронок на опорные зубы, виниров).

Я соглашаюсь с тем, что для опоры протеза необходимо провести депульпирование (удаление нервов, при этом зуб становится неживым, но успешно выполняет функцию опоры протеза) и пломбирование корней зубов _____

Я понимаю необходимость строго следовать этапам протезирования и соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Мне понятно, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает, и это может приводить к их разрушению. Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами, а так же обязуюсь приходить на контрольные осмотры в соответствии с рекомендациями врача.

Я знаю, что в качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые или качественно приготовленные (пролеченные) зубы и ткани пародонта, а так же извещен(а) о необходимости рентгенологического исследования.

Я понимаю, что если я настаиваю на использовании в качестве опоры протеза зубов с некачественными пломбированными корневыми каналами, с очагами деструкции в области верхушки корня, с заболеванием пародонта и другими отклонениями от нормы (которые не удалось устранить в процессе лечения), то возрастает риск обострения заболевания зуба и ухудшения его состояния, что может привести к удалению зуба и зубного протеза. Настаивая на вышеуказанном, я беру на себя риск возникновения осложнений в опорных зубах и соглашаюсь с установлением гарантийного срока на протезирование в размере _____

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениями. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраниться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных и наркотических веществ.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я осведомлен(а), что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятие оттисков, коррективке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи.

Я соглашаюсь с тем, что во время эксплуатации надлежащим образом изготовленных и установленных протезов (особенно при пережевывании и откусывании с силой), есть вероятность возникновения переломов протезов, трещин и отколов облицовочного материала, изменение цвета, стирание зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах и др.

Я осведомлена(а), что при наличии патологии височно – нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, поломок протеза.

Я соглашаюсь с тем, что нет гарантии совпадения ожидаемого мной результата с полученным результатом и, что при установленном в гарантийном сроке на каждый из видов протезов, невозможно гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения и вероятность возникновения нежелательных явления и осложнений. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на ортопедическое лечение и зубные протезы, и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь прав на гарантию.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании без указания имени и фамилии, фотографии моих зубов (без лица) и полости рта в научных и учебных целях, для оценки качества протезирования, публикации на сайте клиники, для публикации в научной литературе, а так же предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения ортопедического лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / **[dsClient.Fullname]**
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись врача) (ФИО полностью)

[today] г.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Съемные ортопедические конструкции**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства,

Я [**dsClient.Fullname**] (фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе _____

Я получила(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения.

Я понимаю, что результатом протезирования является установка искусственных зубов вместо утраченных для обеспечения жевания пищи и эстетической целостности зубных рядов.

Я выбираю следующую конструкцию протеза: _____

Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и планом самого протезирования, с возможными альтернативными вариантами протезирования, в том числе протезировании несъемными конструкциями и протезированием на имплантатах, которые, в моем случае, будут иметь иной клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа).

Выбирая данную конструкцию протеза, я соглашаюсь на присущие ей вероятные недостатки в виде времени для привыкания к протезам и необходимость периодических коррекций, в том числе перебазируются протеза, которые будут бесплатно устранены только в период гарантийного срока.

Выбирая данную конструкцию протеза, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и недостатки и возможные неудобства при пользовании протезом: _____

Я соглашаюсь с тем, что при съемном протезировании протезы зубов не фиксируются постоянно в полости рта, возможность извлечения (снятия) протеза из ротовой полости и его нахождение вне ротовой полости может приводить к повреждению протеза, требует специального ухода за протезом (меры ухода указываются дополнительно в Памятке).

Я соглашаюсь с тем, что при использовании съемных протезов возможны дискомфортные ощущения в ротовой полости, привыкание к которым требует времени и, при необходимости, процедур коррекции.

Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба, при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболевания пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а так же общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я соглашаюсь с тем, что при протезировании есть необходимость обтачивания зубов (препарирования эмали тонким слоем) для установки коронок на опорные зубы, виниров, креплений систем фиксации съемного протезирования).

Я соглашаюсь с тем, что для опоры протеза необходимо провести депульпирование (удаление нервов, при этом зуб становится неживым, но успешно выполняет функцию опоры протеза) и пломбирование корней зубов

Я понимаю необходимость строго следовать этапам протезирования и соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Мне понятно, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает, и это может приводить к их разрушению. Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами, а так же обязуюсь приходить на контрольные осмотры в соответствии с рекомендациями врача.

Я знаю, что в качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые или качественно приготовленные (пролеченные) зубы и ткани пародонта, а так же извещен(а) о необходимости рентгенологического исследования.

Я понимаю, что если я настаиваю на использовании в качестве опоры протеза зубов с некачественными пломбированными корневыми каналами, с очагами деструкции в области верхушки корня, с заболеванием пародонта и другими отклонениями от нормы (которые не удалось устранить в процессе лечения), то возрастает риск обострения заболевания зуба и ухудшения его состояния, что может привести к удалению зуба и зубного

протеза. Настаивая на вышеуказанном, я беру на себя риск возникновения осложнений в опорных зубах и соглашаюсь с установлением гарантийного срока на протезирование в размере _____.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениями. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраниться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных и наркотических веществ.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я осведомлен(а), что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятие оттисков, коррективке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи.

Я понимаю, что во время эксплуатации надлежащим образом изготовленных и установленных протезов (особенно при пережевывании и откусывании с силой), есть вероятность возникновения переломов протезов, трещин и отколов облицовочного материала, изменение цвета, стирание зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах и др.

Я осведомлена(а), что при наличии патологии височно – нижнечелюстных суставов и других психофизиологических расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, поломки протеза.

Я информирован(а) о том, что в случае изготовления бугельного протеза на телескопической фиксации с использованием вторичных телескопических колпачков, необходимо производить платную замену вторичных гальванических колпачков в связи со снижением качества фиксации из-за физического износа фрикционных частей. Такую замену необходимо производить один раз в 2 года в том случае, если первичная (несъемная) часть изготовлена из сплавов драгоценных металлов. В случае изготовления первичного колпачка из неблагородных сплавов, которые отличаются повышенной твердостью, физический износ гальванического колпачка происходит быстрее. Я соглашаюсь с тем, что после истечения гарантийного срока, замена колпачков будет платной.

Я согласен с тем, что при протезировании с использованием бугельного протеза на опорных зубах будут видны фиксирующие элементы (замки).

Я понимаю, что нет гарантии совпадения ожидаемого мной результата с полученным результатом и, что при установленном в гарантийном сроке на каждый из видов протезов, невозможно гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения и вероятность возникновения нежелательных явления и осложнений. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на ортопедическое лечение и зубные протезы, и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь прав на гарантию.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании без указания имени и фамилии, фотографии моих зубов (без лица) и полости рта в научных и учебных целях, для оценки качества протезирования, публикации на сайте клиники, для публикации в научной литературе, а так же предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения ортопедического лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / **[dsClient.Fullname]**
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись врача) (ФИО полностью)

[today]

наименование медицинской организации

**Информированное добровольное согласие на
медицинское (-ие) вмешательство (-а) –
восстановление зуба (-ов) вкладкой (-ами) и/или виниром (-ами), и/или полукоронкой (-ами)**
(основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)

Я, _____

(« ____ » _____ г. р., проживающий (-щая) по адресу: _____),

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____

(Ф.И.О. полностью)

паспорт: _____, выдан: _____
(номер, серия) (орган, выдавший паспорт, и дата выдачи)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, дата рождения)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское (-ие) вмешательство (-а): восстановление зуба (-ов) вкладкой (-ами) и/или виниром (-ами), и/или полукоронкой (-ами).

Медицинский работник _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

после выполненной диагностики и/или на этапе лечения кариеса зуба (-ов), и/или на этапе эндодонтического лечения зуба (-ов), и/или после проведенного (ранее выполненного) эндодонтического лечения зуба (-ов) обосновал необходимость восстановления коронки зуба (-ов) вкладкой (-ами) и/или виниром (-ами), и/или полукоронкой (-ами).

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился (-лась) с предлагаемым (-и) способом (-и) восстановления коронки зуба (-ов) вкладкой (-ами) и/или виниром (-ами), и/или полукоронкой (-ами), и, в соответствии со своей волей, мог (-ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на восстановление коронки зуба (-ов) вкладкой (-ами) и/или виниром (-ами), и/или полукоронкой (-ами).

Последствиями отказа от восстановления коронки зуба (-ов) при лечении кариеса зуба (-ов) и/или после проведенного (ранее выполненного) эндодонтического лечения могут быть: ухудшение эстетики, перелом коронки зуба, потеря зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, нарушение функции речи и жевания, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология и т.д.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения (возможными вариантами медицинского вмешательства), которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех.

Я информирован (-а) о том, что альтернативными методами восстановления коронки зуба (-ов) в моём случае (в случае лица, законным представителем которого я являюсь) являются: восстановления коронки зуба (-ов) пломбой (-ми), восстановления коронки зуба (-ов) искусственной (-ми) коронкой (-ми), отсутствие восстановления коронки зуба (-ов) как такового.

В случае проведения обезболивания выбор анестезиологического пособия (анестетика) я доверяю медицинскому работнику, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые лекарственные препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т. д.) о применяемой анестезии.

Я информирован (-а) о принципах, целях и методах оказания медицинской помощи, а именно восстановления зуба (-ов) вкладкой (-ами) и/или виниром (-ами), и/или полукоронкой (-ами), которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: восстановление анатомической формы и функции зуба (-ов), повышение качества жизни пациента, обеспечение эстетики зубного ряда, предупреждение развития патологического процесса и осложнений.

Я информирован (-а) о том, что восстановление зуба (-ов) вкладкой (-ами) и/или виниром (-ами), и/или полукоронкой (-ами) осуществляется в несколько этапов, требующих неоднократного посещения медицинской организации и/или медицинского работника.

Я проинформирован (-а) о том, что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи.

Я информирован (-а) о том, что вопрос о методе восстановления зуба (-ов) вкладкой (-ами) и/или виниром (-ами), и/или полукоронкой (-ами) при кариесе и /или после проведенного (ранее выполненного) эндодонтического лечения может решаться только после удаления всех некротизированных тканей зуба (-ов).

Я информирован (-а) о том, что под винирами в целях данного информированное добровольное согласие следует понимать фасеточные облицовки, изготавливаемые на фронтальные зубы верхней челюсти.

Я информирован (-а) обо всех возможных временных последствиях восстановления зуба (-ов) вкладкой (-ами) и/или виниром (-ами), и/или полукоронкой (-ами):

- ощущение дискомфорта, незначительные болевые ощущения, боли при накусывании на зуб (-ы), продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней;

- отечность десны в области зуба (-ов) или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и т. д.

Я информирован (-а) о том, что даже при успешном завершении восстановления зуба (-ов) вкладкой (-ами) и/или виниром (-ами), и/или полукоронкой (-ами), нельзя дать гарантии, что этот (-и) зуб (-ы) не подвергнется (не подвергнутся) кариозному разрушению и перелому в будущем.

Я информирован (-а) о возможных рисках и осложнениях восстановления зуба (-ов) вкладкой (-ами) и/или виниром (-ами), и/или полукоронкой (-ами), а именно о том, что в 10% случаев возможно развитие ятрогенных осложнений (появление новых поражений или осложнений, обусловленных проводимой терапией, например - аллергических реакций и т.д.), а также, что в 10% случаев возможно развитие нового заболевания, связанного с основным (рецидив кариеса и/или его прогрессирование, поражение пульпы зуба (-ов), развитие деструктивных процессов в периапикальных тканях зуба (-ов), воспалительные процессы в тканях пародонта и т.д.).

Я информирован (-а), о том, что выбор метода восстановления зуба при лечении кариеса и/или после проведенного (ранее выполненного) эндодонтического лечения (лечения корневых каналов зуба) зависит от ряда факторов, в том числе от индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ), который определяется после препарирования кариозной полости зуба. При показателях ИРОПЗ - 0,2-0,4 применяется метод пломбирования. Для группы жевательных зубов при ИРОПЗ > 0,4 показано изготовление вкладок из металлов, из керамики или из композитных материалов. При ИРОПЗ > 0,6 показано изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ > 0,8 показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок.

Я обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с медицинским работником и зафиксированному в медицинской документации), соблюдать гигиену полости рта.

Я информирован (-а) о необходимости строго следовать этапам лечения, важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также о необходимости полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций.

Я информирован (-а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций медицинского работника.

Со своей стороны, я высказал (-а) все жалобы, проинформировал (-а) медицинского работника обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма (организма лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемого восстановления зуба (-ов) вкладкой (-ами) и/или виниром (-ами), и/или полукоронкой (-ами) или служить противопоказаниями к его проведению. Я предупрежден (-а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть при восстановлении зуба (-ов) вкладкой (-ами) и/или виниром (-ами), и/или полукоронкой (-ами) в результате применения лекарственных препаратов и медицинских изделий.

Я предоставил (-а) медицинскому работнику точную историю моего физического и психического здоровья (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь). Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительных медицинских вмешательств, в том числе в экстренной форме, я даю согласие на оказание медицинских услуг (медицинской помощи) в том объеме, который определит медицинский работник.

Мне объяснено, и я понял (-а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю

разрешение привлекать для оказания медицинской помощи стоматологического профиля любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я информирован (-а) о предполагаемых результатах восстановления зуба (-ов) вкладкой (-ами) и/или виниром (-ами), и/или полукоронкой (-ами), а именно стабилизация патологического процесса (отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики).

Я согласен (-а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я согласен (-а) и разрешаю медицинскому работнику, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении (лечении лица, законным представителем которого я являюсь) в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и защиты персональных данных.

Я имел (-а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил (-а) ответы. Я получил (-а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован (-а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению. Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

Настоящий документ составлен на 3-х страницах и хранится в моей медицинской документации.

Дата оформления информированного добровольного согласия: « ____ » _____ 20__ г.

Пациент (законный представитель): _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка)

Медицинский работник: _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка)

Я даю информированное добровольное согласие по форме и содержанию, подписанного мною ранее, а именно « ____ » _____ 20__ г., на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское (-ие) вмешательство (-а): восстановление зуба (-ов) вкладкой (-ами) и/или виниром (-ами), и/или полукоронкой (-ами) следующих зубов:

Дата	Номер зуба (-ов) (ВОЗ)	Поверхность	Диагноз (МКБ-10)	Ф.И.О., (полностью), должность и подпись медицинского работника	Ф.И.О. и подпись пациента/законного представителя

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Отбеливание зубов

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Подписание Вами данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, [dsClient.Fullname]

(фамилия, имя, отчество пациента)

обращаюсь в клинику для проведения манипуляций по отбеливанию зубов (придания цвета эмали зубов более светлого оттенка).

Я понимаю, что отбеливание является не медицинской, а косметической процедурой, не содержит в себе никакого лечебного эффекта, не ведет к улучшению состояния здоровья зубов и полости рта, не имеет медицинских показаний к применению и выполняется по желанию пациента при отсутствии противопоказаний. Я проинформирован, что непосредственно перед проведением отбеливания зубов обязательно нужно провести профессиональную гигиену зубов у стоматолога за отдельную плату.

Я выбираю следующий метод отбеливания: клиническое, домашнее, смешанное (*подчеркнуть*).

Я получил(а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и соглашаюсь с тем, что при проведении лечебных манипуляций по отбеливанию зубов существует определенная степень риска развития осложнений и отсутствия эффекта от услуги:

- после проведения сеансов отбеливания есть риск не достигнуть необходимого результата, то есть отбеливающий эффект будет незначительным или может отсутствовать полностью. Отсутствие эффекта от отбеливания не освобождает пациента от оплаты, поскольку услуга оказана согласно медицинскому протоколу, а подобный результат относится к непрогнозируемым индивидуальным особенностям организма пациента.
- достигнутый результат может очень быстро исчезнуть, то есть зубы могут снова вернуться к первоначальному цвету
- возможно повышение чувствительности зубов в течение первых дней после отбеливания, то есть появится болезненность при действии горячего, холодного, кислого, сладкого. Эти ощущения обычно проходят в течение нескольких дней.
- возможно появление болезненности в области десневого края, а также видимые незначительные его изменения и повреждения: шероховатость, покраснение, побледнение, рецессия десны.
- после отбеливания возможен риск возникновения значительного цветового различия между собственными тканями зуба и пломбами, а также протезами, которые имеются в полости рта. Это происходит в силу того, что отбеливающие системы не оказывают какого-либо воздействия на пломбировочные материалы и зубные протезы. Я уведомлен, что искусственные конструкции в полости рта после проведения отбеливания для соответствия их цвета цвету отбеленных зубов возможно придется переделать для уменьшения цветовых различий, что повлечет дополнительные финансовые расходы.

Я осведомлен(а) об альтернативных методах лечения, направленных на осветление зубов: изготовление прямых композитных реставраций, изготовление непрямых композитных керамических реставраций, протезирования зубов.

Я уведомлен, что отбеливание не проводится лицам до 18 лет, а также при проведении ортодонтического лечения.

Я понимаю, что для достижения желаемого результата процедура клинического отбеливания зубов может быть выполнена в один-два визита или больше посещений, в зависимости от индивидуальных особенностей моих зубов. Каждое посещение будет занимать от часа до полутора часов.

Меня проинформировали о том, что при проведении клинического отбеливания более чем в одно посещение, перерыв между процедурами может составлять от одной до двух недель. При большем сроке результаты могут быть менее значительными, т.е. эффективность процедуры будет потеряна.

Меня предупредили, что в случае изначальной повышенной чувствительности зубов необходимо проведение процедуры по снижению чувствительности до и после отбеливания.

Я знаю, что при курении и употреблении продуктов, содержащих красящие вещества (в том числе чай и кофе), а также при недостаточном соблюдении гигиены полости рта, возрастает риск потемнения зубов. Поэтому, начиная лечебные манипуляции по отбеливанию, я понимаю необходимость исключить красящие продукты и привычки для сохранения результата и обязуюсь не реже одного раза в полгода приходить на прием к врачу для прохождения контрольного осмотра.

Я предупрежден(а), что после проведения отбеливания в 70 - 90% случаев в течение 2-х недель происходит потемнение зубов примерно на 0,5 - 1 тон. По данным зарубежных и российских стоматологов, отбеленные зубы могут сохранять достигнутый цвет в течение 6 месяцев - 5 лет.

Я знаю, что результат отбеливания, даже при соблюдении всех правил, предсказать очень трудно, поэтому я соглашаюсь на отбеливание зубов даже если в моем случае минимальным результатом отбеливания зубов будет сохранение цвета неизменным без осветления.

Я осведомлен(а) об основных правилах при проведении процедуры отбеливания домашнего и клинического отбеливания и обязуюсь их соблюдать в течение всего периода проведения процедуры:

- 1) не употреблять фрукты (особенно цитрусовые), а также фруктовые соки и газированные напитки, поскольку это может стать причиной повышенной чувствительности;
- 2) не употреблять в течение 2х недель с момента окончания последней процедуры отбеливания кофе, крепкого черного чая, красного вина, и иных красящих продуктов, а также не курить, чтобы предотвратить вероятность ухудшения результатов услуги отбеливания;
- 3) также я обязуюсь немедленно проинформировать моего лечащего врача обо всех неприятных ощущениях, возникающих при проведении процедур отбеливания.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях. Я понимаю, что на препараты для отбеливания также возможны аллергические реакции, которые заранее предусмотреть нельзя.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат отбеливания. Я понимаю, что ожидаемый мной результат не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость контроля качества проведенной процедуры и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял значение системы нумерации зубов, всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Я разрешаю использовать фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг лицам, оплачивающим мое лечение.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения манипуляций по отбеливанию моих зубов на предложенных условиях.

Подпись пациента: _____ / [dsClient.Fullname] /
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Врач: _____ / _____ /
(подпись врача) (Фамилия ИО)

[today]

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:
ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БРЕКЕТ-СИСТЕМ**

Я _____

Ф.И.О. взрослого пациента

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в **ООО «СТОМАТИКА»**, далее именуемое – «**Исполнитель**», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **ортодонтическое лечение с использованием ортодонтической аппаратуры (брекет-систем).**

Я сообщил(а) врачу обо всех перенесенных мной хронических и сопутствующих заболеваниях, травмах, операциях, а также о принимаемых лекарственных средствах. Вместе с тем, я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ. Я понимаю, что результат лечения зависит, в том числе, и от исходного состояния здоровья, а так же анатомических особенностей организма.

Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, из которых я имел(а) возможность выбрать наиболее рациональный вариант в моем клиническом случае. Я понимаю, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией организма возможно расхождение с первоначально определенным планом лечения и изменение ранее оговоренной стоимости лечения как в большую, так и в меньшую сторону по предварительному согласованию.

Мне известно, что **ортодонтическое лечение** проводят при наличии выраженных зубочелюстных аномалий, обуславливающих функциональные нарушения и косметические дефекты. Врач пояснил мне, что необходимость начала коррекции аномалий возникает ещё с момента начала роста молочных зубов, это связано с тем, что наиболее раннее начало коррекции в детском возрасте обладает наиболее длительным эффектом, и за счёт быстрого роста костных структур и большей эластичности тканей может быть проведено в более короткие сроки.

Я получил(а) от лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем ортодонтическом лечении, о необходимости предварительного ортодонтического обследования (измерения диагностических моделей, слепков, рентгеновских снимков) для выработки плана оптимального плана лечения. Мне также был подробно разъяснен предварительный план лечения с использованием различных видов аппаратуры с указанием предполагаемых сроков лечения и цены. Я согласен(а) с этим методом лечения патологии прикуса (деформации зубного ряда). Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала лечения прикуса.

Таким образом, я **информирован(-а) о предполагаемом плане лечения, существующих утверждённых методиках лечения, используемых лекарственных препаратах; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.**

Лечащим врачом мне разъяснены характер, ход, объем, время планируемых стоматологических услуг. Мною были выполнены рекомендации по подготовке к планируемым стоматологическим услугам.

Я **проинформирован(а) о том, что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта.** При несоблюдении правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба. Я понимаю значение гигиены полости рта при ортодонтическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения (обеспечить представляемым лицом всех назначений), включая использования ирригатора полости рта и специальных ортодонтических щеток, рекомендованных врачом.

Врач разъяснил мне, что лечение состоит из двух этапов: активного и ретенционного. При активном производится непосредственное устранение аномалии. При ретенционном осуществляется закрепление полученного результата с целью обеспечения стойкой ремиссии после снятия аппаратов.

Я понимаю, что привыкание к съёмной ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени, в среднем это длится 1,5 – 2 месяца. До начала активного периода лечения врач проводит коррекцию аппаратуры в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта.

Мне было сообщено, что привыкание к несъёмной ортодонтической технике происходит в течение 10 – 14 дней. В это время могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губы и щеки. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят.

Мне известно, что в некоторых случаях для успешного ортодонтического лечения может потребоваться установка

временных ортодонтических имплантатов, ортогнатическая хирургия, удаление зубов, пластика уздечек и преддверия полости рта, хирургические операции со слизистой и костной тканью.

Я предупрежден(а) о возможных обострениях заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение у врача-ортодонта и врача-пародонтолога. Я также предупрежден(а), что при лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний пародонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции.

Я согласен(а), что после окончания активного периода лечения необходимо носить ретенционный аппарат в течение всего периода, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиваться рецидив патологии прикуса. Я знаю, что контроль за ношением аппарата будет осуществлять врач-ортодонт.

Я понимаю, что ортодонтическое лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и как любая медицинская манипуляция не может иметь 100% гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех этапов. Поэтому иногда возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде внеплановых манипуляций и (или) изменения вида, срока и стоимости лечения.

Я уведомлен о том, что во время и после лечения могут возникнуть различные осложнения, способные повлиять на план лечения, сроки и исход лечения, в частности такие как: кариес зубов и его осложнения, отклеивание брекетов, обострения заболеваний пародонта, травмирование губ, десен и слизистой оболочки полости рта конструктивными ортодонтическими элементами, поломки ортодонтических аппаратов и их составных частей, рецидивы аномалии или деформации отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы, аллергические реакции, подвижность зубов, боли в зубах и деснах, дисфункции височно-нижнечелюстных суставов и жевательных мышц, рецессия десны. Конструкции ортодонтических аппаратов могут быть случайно проглочены.

Я уведомлен, что отклеивание брекетов, коррекции съемных ортодонтических аппаратов, раздражение слизистой оболочки полости рта от составных элементов аппаратов, являются конструктивной особенностью стоматологических конструкций и оказываемых ортодонтических услуг, и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг.

Я осознаю, что преимущества предполагаемого ортодонтического лечения значительно превышают возможные осложнения.

Как и любое медицинское вмешательство, ортодонтическое лечение может сопровождаться определенными рисками и неудобствами, перечисленными ниже:

1. Употребление пищи и напитков, содержащих сахар, отсутствие чистки зубов перед использованием ортодонтических аппаратов или невыполнение обычной зубной гигиены, может привести к кариесу зубов, заболеваниям пародонта, воспалению десен или к декальцинации;

2. Общее состояние, возраст, пол и использование медикаментов также может оказывать влияние на сроки и результаты ортодонтического лечения.

3. Ортодонтические конструкции не могут перемещать зубные имплантаты.

4. После окончания лечения зубы (в том числе с зафиксированными на них ортопедическими конструкциями) могут изменять положение. Использование ретейнеров в конце лечения должно предотвращать рецидивы и дальнейшее перемещение зубов; ношение ретейнеров в отдельных случаях может быть пожизненным. Возможен полный или частичный рецидив (возвращение зубов в первоначальное положение), если пациент не пользуется ретенционными аппаратами после снятия брекетов;

5. Ортодонтические аппараты могут способствовать появлению дефектов речи. Любое изменение речи, вызванное использованием ортодонтическими аппаратами, должно исчезнуть в течение нескольких недель;

6. Ортодонтические аппараты могут временно увеличить слюнотечение или сухость во рту, а определенные медикаменты могут усилить этот эффект;

7. Аттачменты и прочие конструкции могут быть установлены на один и более зубов во время лечения;

8. Зубы могут подвергаться шлифовке контактных поверхностей для создания дополнительного места для других зубов;

9. Прикус может изменяться во время лечения и вызвать временный дискомфорт. По окончании лечения может потребоваться улучшение окклюзионных взаимоотношений, лечение кариозных поражений, протезирование ортопедическими конструкциями. Данные услуги оплачиваются дополнительно;

10. При лечении ортодонтическими аппаратами могут потребоваться дополнительные ортопедические или ортодонтические конструкции;

11. В случае неправильно сформированного десневого края, после завершения лечения могут появляться “черные треугольники”, требующие хирургической коррекции в будущем за отдельную плату;

12. Состояние зубов, десен и кости челюсти может изменяться в процессе лечения;

13. Состояние зуба, который был прежде травмирован или реставрирован, может быть ухудшено. В редких случаях может быть снижена жевательная функция зубов. Зуб может требовать дополнительного лечения, такого как эндодонтического и/или дополнительных реставрационных работ, а также зуб может быть удален;

14. Зубные коронки, могут быть смещены и требовать повторной цементировки или, в некоторых случаях, замены;

15. Короткие клинические коронки могут ухудшать ретенцию элайнеров и снижать перемещения;

16. Резорбция корней зубов может возникать как во время лечения, так и без лечения. Чаще она происходит в тех случаях, когда должно проводиться значительное перемещение зубов и особенно там, где из-за нерегулярных посещений не может осуществляться постоянное и последовательное движение зубов;

17. В случае выраженной скученности, глубокого прикуса и/или множественной потери зубов возрастает вероятность осложнений лечения и поломки изделия;

18. В редких случаях могут возникать проблемы ВНЧС, что приводит к болям в суставах, головным и ушным болям. Чем серьезнее аномалия, тем больше вероятность возникновения изменений в суставе. Эти проблемы могут

усиливаться в ходе лечения;

19. При перемещении зубов с помощью ортодонтических конструкций может происходить рецессия десны, что в будущем, возможно, потребует ее хирургической коррекции путем пересадки соединительнотканного лоскута, костной и мягкотканой пластики и может привести к удалению зуба;

20. Подвижность зубов. Перемещение зубов может происходить только вследствие перестройки кости и связанной с этим повышенной подвижностью зубов, которая исчезает при установке зубов.

Мне были объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

Я поставлен в известность о том, что установление гарантийных сроков на овеществленные результаты медицинской услуги возможно только в индивидуальном порядке, и что если гарантийный срок письменно в документах не установлен, то он исчисляется согласно Положению о гарантиях в клинике Исполнителя, с которым я был ознакомлен до начала лечения. Я понимаю, что ожидаемый мною результат не гарантирован и может не совпадать с действительным результатом после проведения ортодонтического лечения и точно предсказать его невозможно.

Меня уведомили, что клиника не несет ответственности за качество предоставляемых услуг в случаях:

- Предоставления услуг по требованию пациента, расходящемуся с предложенным врачом планом протезирования.
- Возникновения аллергических реакций и явлений гальванизма.
- Осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций и условий Договора на оказание медицинских услуг.
- Исправления работ в ином медицинском учреждении.
- Ремонта, порчи и исправления любых элементов ортодонтической конструкции самим пациентом.
- Истечения срока гарантии и срока службы на результаты оказанных услуг.
- Неудовлетворительного состояния гигиены полости рта пациента.

Я понимаю, что ортодонтическое лечение не исключает других стоматологических манипуляций по удалению, лечению и протезированию зубов, которое необходимо для завершения комплексного плана лечения. Мероприятия по лечению и протезированию зубов могут быть обязательными для достижения необходимого положительного результата комплексного лечения стоматологической патологии в процессе ортодонтического лечения и после него. Отказ от дополнительных услуг, необходимых для успешной реализации ортодонтического лечения может послужить причиной невозможности завершения лечения.

Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе выполнения работ.

Разрешаю проведение всего необходимого комплекса ортодонтического лечения, включая проведение соответствующих диагностических мероприятий и процедур, всякий раз, когда это необходимо.

Ремонт съемной ортодонтической аппаратуры. Я осведомлен(а), что перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, приварка новых элементов – не относятся к гарантийным случаям и должны быть оплачены отдельно.

Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в рекомендованные сроки. Я понимаю, что несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта, не соблюдение мягкой диеты, ношения межчелюстных эластиков, адекватной гигиены полости рта с использованием специальных щеток и флоссов и, наконец, последующего ношения ретейнера, - приводит к снижению качества ортодонтического лечения.

Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю, что мой лечащий врач:

- Проинформировал меня об особенностях лечения для принятия мною обдуманного решения.
- Дал мне возможность задать до начала лечения интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.
- Дал мне время на обсуждение протокола процедуры.
- Получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья.

Я понимаю, что врач не сможет абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата.

Я обязуюсь соблюдать (обеспечить представляемым лицом соблюдение) рекомендации и назначения врача. Мне известно, что несоблюдение мною (представляемым лицом) предписаний врача, плана лечения или правил внутреннего распорядка медицинского учреждения, может неблагоприятно сказаться на здоровье, что может способствовать ухудшению общего состояния.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(-а) вышеизложенную информацию, она мне понятна, все интересующие меня вопросы были заданы мной моему лечащему врачу, на них были получены ответы, и я даю согласие на проведение мне (представляемому лицу) ортодонтического лечения.

Подпись пациента: _____ Расшифровка подписи: _____

Подпись врача: _____ Расшифровка подписи: _____

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:
ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛАЙНЕРОВ**

Я _____

Ф.И.О. взрослого пациента

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в **ООО «СТОМАТИКА»**, далее именуемое – «**Исполнитель**», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **ортодонтическое лечение элайнерами.**

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Я сообщил(а) врачу обо всех перенесенных мной (представляемым лицом) хронических и сопутствующих заболеваниях, травмах, операциях, а также о принимаемых лекарственных средствах. Вместе с тем, я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ. Я понимаю, что результат лечения зависит, в том числе, и от исходного состояния здоровья, а так же анатомических особенностей организма.

Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, из которых я имел(а) возможность выбрать наиболее рациональный вариант в моем клиническом случае. Я понимаю, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией организма возможно расхождение с первоначально определенным планом лечения и изменение ранее оговоренной стоимости лечения, как в большую, так и в меньшую сторону по предварительному согласованию.

Элайнеры — это съёмная ортодонтическая конструкция, которая представляет собой серию накладок на зубной ряд и предназначена для его выравнивания. Изготавливаются из прозрачного биополимера, благодаря которому они абсолютно незаметны для окружающих.

Альтернативное лечение. Элайнеры представляют собой эстетическую альтернативу брекетам. Подписывая данный документ, я подтверждаю, что отказываюсь от альтернативного плана лечения брекетами и съёмными ортодонтическими аппаратами.

Показания к ношению системы: открытый прикус, перекрестный прикус, тремы и диастемы зубов, незначительная скученность зубов, разворот и незначительное смещение отдельных зубов.

Противопоказания. Врач разъяснил мне, что не рекомендуется прибегать к этой методике лечения в следующих случаях: в период сменного прикуса; при наличии ретинированных зубов; при скелетных формах патологии прикуса; при наличии психических заболеваний у пациента.

Подписывая настоящее информированное согласие, я подтверждаю, что перечисленными заболеваниями на момент проведения лечения не страдаю.

Этапы лечения.

✓ Проведение визуального осмотра, установление предварительного диагноза, принятие решения о возможности использования элайнеров.

✓ Далее проводится рентгенологическое обследование, делаются слепки зубов, дентальная компьютерная томограмма.

✓ Все полученные результаты обследования отправляются в лабораторию, где на основании индивидуальных параметров разрабатывается схема лечения.

✓ На следующем приеме ортодонта надевается первая пара элайнеров. Ее нужно будет носить примерно две-три недели, после чего в ход пойдет следующая пара. В среднем замена элайнеров производится один раз в две-три недели. Периодически нужно будет посещать ортодонта, чтобы контролировать динамику исправления прикуса.

✓ После того, как все комплекты капп закончатся, нужно снова посетить ортодонта, чтобы оценить конечный результат лечения.

Я уведомлен(а) о том, что в ходе лечения могут быть использованы дополнительные приспособления (различные ортодонтические конструкции, тяги и аттачменты в соответствии с планом лечения). По окончании лечения, лечащий врач может посоветовать носить ретейнер. В некоторых случаях, если результат в конце лечения не достигнет идеального, время лечения может быть увеличено и изготовлены дополнительные элайнеры.

Уход и особенности ношения.

- ✓ Время ношения элайнеров должно достигать 23 часов в сутки. То есть снимать их можно только ненадолго во время приема пищи или проведения гигиенических процедур.
- ✓ На время приема пищи каппы обязательно нужно снимать.
- ✓ После еды, прежде чем надеть элайнеры, необходимо тщательно почистить зубы.
- ✓ Изделие нужно регулярно промывать теплой проточной водой. Недопустимо использовать для этих целей горячую воду.
- ✓ Периодически элайнеры рекомендуется обрабатывать неагрессивными антисептическими растворами.
- ✓ Нельзя пропускать назначенные приемы ортодонта, так как ход лечения требует постоянного контроля.
- ✓ Хранить элайнеры можно только в специально предназначенном для этого футляре.

Возможные осложнения, риски и неудобства. Как и любое ортодонтическое лечение, использование продукции может сопровождаться определенными рисками и неудобствами, перечисленными ниже:

1. Ношение элайнеров недостаточное количество часов в день (менее 22 часов в сутки), использование продукции не по предписанию лечащего врача, пропуск визитов к врачу, прорезывающиеся “зубы мудрости” и атипичная форма зубов, может продлить время лечения и не привести к ожидаемым результатам;
2. При смене элайнеров может возникнуть дискомфорт и давление на зубы;
3. Могут быть травмированы десны, щеки и губы при начале лечения и при смене элайнеров;
4. После окончания лечения зубы могут изменять положение. Использование ретейнеров в конце лечения должно предотвращать перемещение зубов;
5. Употребление пищи и напитков, содержащих сахар, отсутствие чистки зубов перед использованием элайнеров или невыполнение обычной зубной гигиены, может привести к кариесу зубов, заболеваниям пародонта, воспалению десен или к декальцинации;
6. Элайнеры могут способствовать появлению дефектов речи. Любое изменение речи, вызванное использованием конструкции, должно исчезнуть в течение нескольких недель;
7. Элайнеры могут временно увеличить слюнотечение или сухость во рту, а определенные медикаменты могут усилить этот эффект;
8. Аттачменты могут быть установлены на один и более зубов во время лечения;
9. Зубы могут подвергаться шлифовке контактных поверхностей для создания дополнительного места для других зубов;
10. Прикус может изменяться во время лечения и вызвать временный дискомфорт. По окончании лечения может понадобиться улучшение окклюзионных взаимоотношений, лечение кариозных поражений, протезирование ортопедическими конструкциями. Данные услуги оплачиваются дополнительно;
11. При лечении элайнерами могут понадобиться дополнительные ортопедические или ортодонтические конструкции;
12. В случае неправильно сформированного десневого края, после завершения лечения могут появляться “черные треугольники”, требующие хирургической коррекции в будущем за отдельную плату;
13. Элайнеры не могут перемещать зубные имплантаты;
14. Общее состояние, возраст, пол и использование медикаментов также может оказывать влияние на сроки и результаты ортодонтического лечения;
15. Состояние зубов, десен и кости челюсти может изменяться в процессе лечения элайнерами;
16. Состояние зуба, который был прежде травмирован или реставрирован, может быть ухудшено. В редких случаях может быть снижена жевательная функция зубов. Зуб может потребовать дополнительного лечения, такого как эндодонтического и/или дополнительных реставрационных работ, а также зуб может быть удален;
17. Зубные коронки, могут быть смещены и потребовать повторной цементировки или, в некоторых случаях, замены;
18. Короткие клинические коронки могут ухудшать ретенцию элайнеров и снижать перемещения;
19. В процессе ортодонтического лечения элайнерами может возникать резорбция корней зубов и кости;
20. В случае выраженной скученности и/или множественной потери зубов возрастает вероятность поломки изделия;
21. Ортодонтические приспособления или их части могут быть случайно проглочены;
22. В редких случаях могут возникать проблемы ВНЧС, что приводит к болям в суставах, головным и ушным болям;
23. Возможны аллергические реакции;
24. Зубы, не покрытые хотя бы частично элайнерами, могут выдвигаться из зубной дуги.

Я понимаю, что ортодонтическое лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и как любая медицинская манипуляция не может иметь 100% гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех этапов.

Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю, что мой лечащий врач:

- Проинформировал меня об особенностях процедуры для принятия мною обдуманного решения.
- Дал мне возможность задать до начала процедуры интересующие меня вопросы и получить исчерпывающую информацию.
- Дал мне время на обсуждение протокола процедуры.
- Получил от меня максимально полную информацию о состоянии моего здоровья.

Я понимаю, что врач не сможет абсолютно точно гарантировать получение желаемого результата.

Я обязуюсь соблюдать (обеспечить представляемым лицом соблюдение) рекомендации и назначения врача. Мне известно, что несоблюдение мною (представляемым лицом) предписаний врача, плана лечения или правил внутреннего распорядка медицинского учреждения, может неблагоприятно сказаться на здоровье, что может способствовать ухудшению общего состояния.

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(-а) вышеизложенную информацию, она мне понятна, все интересующие меня вопросы были заданы мной моему лечащему врачу, на них были получены ответы, и я даю согласие на проведение мне (представляемому лицу) ортодонтического лечения элайнерами.

Подпись пациента: _____ Расшифровка подписи: _____

Подпись врача: _____ Расшифровка подписи: _____