**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского стоматологического вмешательства в университетской клинике КГМУ:**

**Лечение временных (молочных) зубов.**

*Этот документ в соответствии со ст. 20, 22, 23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. законного представителя, число, месяц, год рождения)

обращаюсь в консультативно-диагностическую поликлинику КГМУ для оказания мне/моему представляемому

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. представляемого, число, месяц, год рождения)

стоматологической помощи. Этот документ подтверждает, что я ознакомился (лась) с предлагаемым планом лечения, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) отказаться от лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Мне известно, что вариантами стоматологического лечения молочных (временных) зубов у детей являются следующие методики: **терапевтическое лечение** (лечение зубов с целью их сохранения), **хирургическое лечение** (комплекс мероприятий, направленных на сохранение зубов, а так же удаление зубов),**ортопедическое лечение** (восстановление целостности зубного ряда ортопедическими конструкциями), **пародонтологическое лечение** (лечение тканей, окружающих зуб и слизистой оболочки полости рта), **ортодонтическое лечение** (исправление и предупреждение нарушения положения зубов и аномалий прикуса) и **отсутствие лечения** как такового. В доступной форме я получил(а) информацию о том, что с учетом имеющейся у моего представляемого клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений организма оптимальным, наиболее эффективным методом лечения с позиции медицинских показаний является терапевтическое лечение.

Врач доступно для меня объяснил, что раннее удаление молочных зубов(хирургическое лечение) должно проводиться только в крайних случаях, так как это может приводить к затруднению, задержке прорезывания постоянного зуба и риску развития зубочелюстных деформаций(неправильного прикуса) в будущем.

Мне понятно, что целью **терапевтического лечения** является лечение зубов с целью их сохранения.

Мне объяснено, что лечения **кариеса** молочных зубов заключается в удалении пораженных кариозным процессом тканей зуба, медикаментозной обработке подготовленной полости, с последующим восстановление коронки зуба пломбировочным материалом.

Врач объяснил мне, что достоверно точно опередить объем и глубину пораженных кариесом тканей возможно только в процессе вмешательства. Также меня уведомили, что при глубоком распространении кариозного процесса - начальном пульпите, в пульпе (нерве) зуба определяются начальные воспалительные явления, которые могут быть обратимыми. Поэтому наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза молочного зуба при этой стадии кариозного процесса, является удаление пульпы только из коронковой части зуба. При этом применяется консервативный метод лечения - сохранение жизнеспособности пульпы(нерва). При этом воспаленный нерв удаляют только из коронковой части зуба, в корневой части зуба пульпа сохраняется и на него накладывается специальная лечебная паста и постоянная пломба. Это дает возможность сохранить молочный зуб «живым» до его физиологической (естественной) смены. Такое лечение проводится в одно - два посещения.

В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба, по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, существует риск:

 прогрессирования воспаления, с развитием необратимых изменений нерва,

 развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба, как в процессе, так и после постановки постоянной пломбы.

Я информирован, что в этом случае за дополнительную плату, согласно действующему на момент лечения прейскуранту, будет проведено лечение корневых каналов зуба.

В случае необратимых воспалительных изменений в пульпе, когда жизнеспособность нерва невозможно восстановить, применяется хирургические методы лечения каналов двумя способами по показаниям:

 удаление воспаленной пульпы из коронковой части зуба, с последующим наложением лечебной пасты на корневую часть пульпы с целью её консервации(предотвращение развития микроорганизмов) и постановкой постоянной пломбы.

 удаление воспаленной пульпы из коронковой части и из корня зуба, медикаментозной обработки, с последующим пломбированием корневых каналов лекарственными пастами и постановкой постоянной пломбы. Такое лечение возможно в два - три посещения.

При использовании терапевтического метода лечения молочных зубов имеется вероятность возникновения непредвиденных обстоятельств, в связи с тем, что специфика медицинской услуги предполагает вмешательство в биологические процессы, не контролируемые в 100% случаев волей человека и не изученные окончательно современной медицинской наукой.

Мне подробно разъяснили, что при лечении (перелечивании) каналов зуба есть вероятность возникновения, по независящим от медицинских работников и правильности лечения причинам, таких осложнений как:

 обострение и прогрессирование настоящего заболевания, что потребует удаления зуба по абсолютным медицинским показаниям.

 появление или усиление отека, боли, температуры, затрудненное открывание рта;

 развитие инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис) по независящим от медицинских работников и правильности лечения причинам, которые потребуют госпитализации в стационар.

Я информирован о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности, которые заключаются в применении необходимых средств диагностики по показаниям (ЭОД, КТ, RVG,ОПТГ, микроскоп, внутриротовая камера), современных стандартов и технологий лечения, разрешенных сертифицированных материалов и препаратов, комплексом санитарно-эпидемиологических мероприятий.

**Последствиями отказа** от терапевтического лечения могут быть:

 прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы (нерва) зуба, окружающей корни костной ткани с поражением зачатка постоянного зуба, что в последствие может привести к нарушению развития и прорезывания постоянного зуба, вплоть до гибели зачатка постоянного зуба;

 развитие инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис);

 развитие зубоальвеолярных деформаций;

 снижение эффективности жевания;

 ухудшение эстетики; нарушение функции речи;

 общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта;

 нейропатология; появление либо нарастание болевых ощущений;

 образование кисты(полости в костной ткани);

 системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

Я информирован(а) о возможных альтернативных методах лечения молочных зубов, а именно:

 удаление пораженного зуба (пораженных зубов);

 серебрение зуба (зубов). Серебрение заключается в обработке зуба растворами серебра, вследствие чего на поверхности твердых тканей зуба образуется защитная пленка, препятствующая дальнейшему развитию и распространению кариозного процесса;

 реминерализирующая терапия с последующим фторированием- насыщение твердых тканей зуба микроэлементами, с целью укрепления и предотвращения возникновения кариозного процесса.

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.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение данного анестезиологического медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечнососудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода в виде летального.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений:

 аллергические реакции организма на медикаментозные препараты;

 обморок, коллапс, шок;

 травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами;

 невралгиями и постинъекционными гематомами.

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма человека на него. Введение раствора проводится при помощи иглы, что может сопровождаться травмой мягких тканей и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограниченное открывание рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание может быть затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Я информирован о том, что в этих случаях, при моем правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Т.к. в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право пациента на гуманное отношения при оказании медицинской помощи(ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии у меня/моего представляемого к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я информирован о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности. Я информирован, что клиника оснащена всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи.

Я понимаю, что у маленьких детей не всегда возможно провести обезболивание при помощи местной анестезии. Альтернативой является общее обезболивание (лечение под наркозом).

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантомограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) 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 повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений. Рентгенография детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Мне сообщено, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях: движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.) необходимо выполнение повторного рентгеновского снимка. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок.

Для практически здоровых лиц годовая эффективная доза при проведении профилактических медицинских рентгенологических процедур и научных исследований не должна превышать 1 мЗв (1000μЗв). 1 обследование КТ - 80μЗв, ОПТГ- 80μЗв, RVG(прицельный)- до 12μЗв.

Я соглашаюсь с тем, что врач не может предсказать эмоциональную реакцию ребенка на выполнение манипуляций при лечении зубов при текущем приеме в связи с индивидуальной переносимостью манипуляций, в связи с его текущим психоэмоциональным состоянием, поэтому невозможно точно предсказать длительность лечения, количество необходимых посещений, возможность завершения планируемого этапа лечения во время текущего посещения.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского специалиста, участие которого в лечении моего представляемого будет необходимо. Я понимаю, что невозможно точно установить сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека, и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания медицинской помощи.

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

Я информирован, что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий со стороны моего представляемого, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого терапевтического лечения.

Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего представляемого, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных моим представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня(представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на стоматологические услуги и ознакомлен(а) с условиями предоставлении гарантии( Положение о гарантиях), которые обязуюсь соблюдать.

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом, являющимся приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг и неотъемлемой частью амбулаторной карты (ф.043У)

**Примечание:** согласие на проведение медицинского вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (16 лет для страдающих наркоманией), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных:

Факт законности представительства интересов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ФИО, представляемого)

подтвержден:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(документ, удостоверяющий личность)

Врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Пациент(представитель): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(ФИО) ( подпись)

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

**Информированное добровольное согласие на лечение кариеса зубов в университетской клинике КГМУ**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО родителей или законного предстателя)

полностью соглашаюсь с тем, что лечение кариеса зуба у моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО ребенка)

будет проводить врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача)

***Я проинформирован (а)*** в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания и настоящим подтверждаю, что получил (а) детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения.

***Врач обосновал*** необходимость лечения кариеса зубов. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения кариеса.

***Мне сообщена, разъяснена*** врачом-стоматологом и понятна информация о сути лечения, которое предусматривает механическое удаление тканей зуба, пораженных кариесом с последующим замещением образовавшегося дефекта пломбировочным материалом.

***Мне названы и со мной согласованы*** технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

***Последствиями отказа*** от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; дальнейшее разрушение зуба; развитие осложнений; появление или усиление боли; потеря зуба; эстетический дефект, нарушение общего состояния организма.

Врач проинформировал меня о праве получения бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий ОМС.

***Я ознакомлен с альтернативными методами лечения***:

* эстетическая реставрация фотокомпозитом;
* изготовление вкладки;
* изготовление накладки или винира
* изготовление коронки;
* отсутствие лечения вообще.

 ***Мне понятны*** принципиальные отличия перечисленных методик и выбранного мною метода лечения. При этом я понимаю, что лечение кариеса зуба – это своего рода вмешательство в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических процессов, поскольку полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата.

***Мне разъяснено***, что в процессе препарирования зуба (удаления пораженных тканей с помощью бора), может измениться диагноз и тактика лечения. Я понимаю, что окончательный вариант реставрации зуба выбирается только после удаления старых пломб и разрушенных тканей зуба. Выбор метода реставрации зависит от объема разрушений зуба.

***Я предупрежден (а)***, что ликвидация разрушенных тканей зуба, а также удаление старых, несостоятельных пломб может привести к вскрытию полости зуба. В этом случае могут потребоваться дополнительные манипуляции, например – эндодонтическое лечение (лечение каналов зуба), о чем я буду поставлен в известность.

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

**Я проинформирован(а) о возможных осложнениях во время** и непосредственно после лечения кариеса зуба, какими могут быть:

* воспаление слизистой оболочки полости рта и маргинального края десны;
* покраснение или трещины в области углов рта, связанные с ретракцией (оттягиванием) губ инструментами для обеспечения доступа к лечимому зубу. Обычно проходят бесследно и без лечения в течение нескольких дней;
* тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше, и проходит самостоятельно.

***Врач понятно объяснил мне те осложнения***, которые могут произойти в последующем во время пользования реставрированными зубами:

* Частичный скол пломбы.
* Появление чувствительности на механические, температурные и химические раздражители;
* Нарушение краевого прилегания пломбы в виде появления видимой границы между краем зуба и пломбой.

***Я отдаю себе отчет***, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

***Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.***

***Необходимым условием*** для предоставления гарантии является точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача, обеспечение необходимого уровня гигиены полости рта, а также прохождение пациентом профилактических осмотров.

Поэтому я понимаю необходимость контрольных осмотров, согласно предложенного мне графика (обговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

***Врач поставил меня в известность***, что каждые \_\_\_ месяца (ев) мне необходимо являться на контрольные осмотры для проверки состояния реставрации и проведения, при необходимости, полировки реставрации, а также профессиональной гигиены полости рта, которая оплачивается дополнительно. В случае неявки гарантийный срок на услугу аннулируется.

***Я обязуюсь*** выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

***Я предупрежден (а)***  о необходимости исключить механическое воздействие на реставрации твердыми предметами (семечки, орехи, кости и т.д.), а также о том, что чрезмерное употребление продуктов с естественными красителями (чай, кофе, красное вино и т.д.) и курение могут изменить цвет реставрации.

***Мне известно***, что указанное заболевание имеет хроническую форму, и по оказании медицинской помощи, может произойти улучшение состояния, но не может быть гарантировано полное выздоровление. Я проинформирован(а) о возможности возникновения новых кариозных полостей на поверхностях зуба, ранее не подвергавшихся лечению, что не связано с выполненной реставрацией.

***Я обязуюсь*** выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

***Мне было разъяснено*** значение всех медицинских терминов, упоминавшихся в данном документе. Я даю разрешение делать инъекции лекарственных препаратов, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

***Я согласен(а)*** на применение местной анестезии, а также осведомлен(а) о возможных осложнениях во время местной анестезии и при приеме лекарственных средств.

***Я подтверждаю***, что поставил(а) врачей в известность обо всех моих проблемах со здоровьем в прошлом и настоящем, обо всех острых и хронических заболеваниях, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарств, а также злоупотреблении алкогольными и/или наркотическими препаратами.

 ***Мною были заданы*** все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

***Я удостоверяю*** своей подписью следующие факты:

 - данный документ мною внимательно изучен и мне полностью понятен;

 - я понимаю назначение данного документа;

 - я подтверждаю свое согласие на лечение с учетом названных обстоятельств.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

***Информированное добровольное согласие на лечение кариеса зубов прямой реставрацией в университетской клинике КГМУ***

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО

полностью соглашаюсь с тем, что реставрацию зуба у моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО ребенка)

будет проводить врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача)

***Я проинформирован (а)*** в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

 ***Врач обосновал*** необходимость проведения прямой реставрации. Я ознакомлен (а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом реставрации.

***Мне сообщена, разъяснена*** врачом-стоматологом и понятна информация о сути лечения, которое предусматривает механическое удаление тканей зуба, пораженных кариесом с последующим замещением образовавшегося дефекта и восстановлением анатомической формы и функции зуба пломбировочным материалом.

***Последствиями отказа*** от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; дальнейшее разрушение зуба; развитие осложнений; появление или усиление боли; потеря зуба; эстетический дефект, нарушение общего состояния организма.

***Мне названы и со мной согласованы:*** технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. В случае повышения стоимости лечащий врач предупредит меня и обоснует это.

Врач проинформировал меня о праве получения бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий ОМС.

***Я ознакомлен с альтернативными методами лечения***: постановка пломбы (из стеклоиономерного цемента или композитного материала химического отверждения); изготовление вкладки; изготовление накладки или винира; изготовление коронки; отсутствие лечения вообще.

 Мне понятно, что перечисленные выше методы непрямой реставрации предполагают массивную обработку коронковой части зуба. ***Предложенное лечение*** (прямая реставрация) поможет мне сберечь зуб и получить желаемый эстетический результат. При этом я понимаю, что реставрация зуба – это своего рода вмешательство в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических процессов, поскольку полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата.

***Мне разъяснено***, что в процессе препарирования зуба (удаления пораженных тканей с помощью бора), может измениться диагноз и тактика лечения. Я понимаю, что окончательный вариант реставрации зуба выбирается только после удаления старых пломб и разрушенных тканей зуба

***Я предупрежден (а)***, что ликвидация разрушенных тканей зуба, а также удаление старых, несостоятельных пломб может привести к вскрытию полости зуба. В этом случае могут потребоваться дополнительные манипуляции, например – эндодонтическое лечение (лечение каналов зуба), о чем я буду поставлен в известность.

***Я проинформирован(а) о возможных осложнениях во время и непосредственно*** после реставрации зуба, какими могут быть: воспаление слизистой оболочки полости рта и маргинального края десны; развитие осложнения в случае токсического действия фотополимерного композита на пульпу зуба.

***Врач понятно объяснил мне те осложнения***, которые могут произойти **в *отдаленные сроки***, во время пользования реставрированными зубами: частичный скол реставрации; появление чувствительности на механические, температурные и химические раздражители; изменение первоначального цвета реставрации; нарушение краевого прилегания пломбы в виде появления видимой границы между краем зуба и пломбой; полный или частичный отлом коронки реставрированного зуба.

***Я отдаю себе отчет***, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

***Я предупрежден о том, что окончательная оценка*** эстетической составляющей реставрации возможна не ранее, чем через 2-3 дня после лечения. Врач объяснил мне причины этого. В связи с этим, я проинформирован, что через 2-3 дня я должен прийти на повторный осмотр с целью окончательной коррекции и полировки реставрации.

***Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.***

***Необходимым условием*** для предоставления гарантии является точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача, обеспечение необходимого уровня гигиены полости рта, а также прохождение пациентом профилактических осмотров.

Поэтому я понимаю необходимость контрольных осмотров согласно предложенного мне графика (обговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

***Врач поставил меня в известность***, что каждые \_\_\_\_ месяц (ев) мне (моему ребенку) необходимо являться на контрольные осмотры для проверки состояния реставрации и проведения, при необходимости, полировки реставрации, а также профессиональной гигиены полости рта, которая оплачивается дополнительно. В случае неявки гарантийный срок на услугу аннулируется.

***Я обязуюсь*** выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

***Я предупрежден (а)***  о необходимости исключить механическое воздействие на реставрации твердыми предметами (семечки, орехи, кости и т.д.), а также о том, что чрезмерное употребление продуктов с естественными красителями (чай, кофе, красное вино и т.д.) и курение могут изменить цвет реставрации.

Я полностью проинформирован о том, что при всем многообразии тонов современных стоматологических материалов и использовании технологии послойного моделирования цвета реставрируемого зуба, невозможно добиться полного совпадения цвета здорового и восстановленного зуба. Причем, при разном освещении цветовое отличие может проявляться в большой или меньшей степени, что связано со свойствами различных по плотности физических тел.

 ***Мне понятно***, что всё, связанное с цветом зубов является косметическим элементом терапевтического лечения, субъективно по восприятию, имеет свои пределы и не может служить основанием для оценки качества стоматологической помощи в целом.

***Мне известно***, что указанное заболевание имеет хроническую форму, и по оказании медицинской помощи может произойти улучшение состояния, но не может быть гарантировано полное выздоровление. Я проинформирован(а) о возможности возникновения новых кариозных полостей на поверхностях зуба, ранее не подвергавшихся лечению, что не связано с выполненной реставрацией.

***Мне было разъяснено*** значение всех медицинских терминов, упоминавшихся в данном документе. Я даю разрешение делать инъекции лекарственных препаратов, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

***Я согласен(а)*** на применение местной анестезии, а также осведомлен(а) о возможных осложнениях во время местной анестезии и при приеме лекарственных средств.

***Мною были заданы*** все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

***Я ознакомлен(а)*** с прейскурантом на стоматологическое лечение в клинике и готов(а) оплатить весь объем указанных услуг.

***Я удостоверяю*** своей подписью следующие факты:

 - данный документ мною внимательно изучен и мне полностью понятен;

 - я понимаю назначение данного документа;

 - я подтверждаю свое согласие на лечение с учетом названных обстоятельств.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

**Информированное добровольное согласие на проведение хирургического вмешательства детям в университетской клинике**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проинформирован(а)

(ФИО родителей или законного предстателя)

Врачом-стоматологом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача)

о состоянии зубов моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО ребенка)

и необходимости хирургической операции, понимаю цель ее проведения. Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (лась) с предлагаемым лечением и мог (могла) отказаться от него, либо дать своё согласие на проведение оперативного вмешательства:

- резекция верхушки корня;

- остеопластика;

- гингивотомия;

- вестибулопластика;

- пластика уздечки;

- удаление зуба №

Мне разъяснено, что последствиями отказа от данной операции могут быть прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Альтернативным методом лечения является отсутствие лечения.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь проходить контрольные осмотры (по графику, согласованному с доктором и записанному в истории болезни).

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

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

 Понимая сущность операции и уникальность организма ребенка, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой операции. Я полагаю, что в интересах ребенка приступить к операции.

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я ознакомлен(а) с правилами гигиены и мероприятиями по уходу за полостью рта, в том числе после удаления зуба, с применяемыми материалами, с диагнозом и планом лечения.

Я внимательно прочитал(а) данное Согласие и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Содержание его мне понятно и дополнительно разъяснено врачом.

Сознавая вышеизложенное, я добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства при проведении хирургической операции.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

***Информированное добровольное согласие на лечение корневых каналов зуба в университетской клинике КГМУ***

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО родителей или законного представителя)

полностью соглашаюсь с тем, что лечение кариеса зуба у моего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО ребенка)

будет проводить врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача)

***Я проинформирован (а)*** в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания и настоящим подтверждаю, что получил (а) детальные объяснения в устной форме о необходимости лечения корневых каналов зуба (эндодонтическое лечение).

***Мне сообщена, разъяснена*** врачом-стоматологом и понятна информация о сути лечения: эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для дезинфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата.

Врач проинформировал меня о ***праве получения бесплатной*** медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий ОМС.

***Мне названы и со мной согласованы:***

* технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
* сроки проведения лечения;

***Я ознакомлен с альтернативными методами лечения***:

* удаление пораженного зуба (зубов);
* отсутствие лечения как такового.

***Мне разъяснено*** преимущество лечения корневых каналов перед удалением зуба и последствия, которые могут наступить при отказе от предложенного лечения

***Последствиями отказа*** от данного лечения могут быть

* прогрессирование заболевания;
* развитие инфекционных осложнений;
* появление либо нарастание болевых ощущений;
* потеря зуба;
* нарушение общего состояния организма.

***Врач понятно объяснил мне возможные осложнения лечения***, которые обусловлены индивидуальной реакцией организма человека и непредвиденными факторами:

1. Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач назначит препараты, если сочтет это нужным.

2. Покраснение или трещины в области углов рта, связанные с ретракцией (оттягиванием) губ инструментами для обеспечения доступа к лечимому зубу. Обычно проходят бесследно и без лечения в течение нескольких дней.

3. Отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше.

4. Тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше, и проходит самостоятельно.

5. Частота неудач составляет 5-10% (при неудаче может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки или удаление зуба).

6. Переломы инструментов во время лечения корневого канала, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченом канале или может потребоваться их хирургическое удаление.

7. Перфорация корневого канала инструментами, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба и удалению.

8. Преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего периодонтита.

***Я отдаю себе отчет***, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Несмотря на то, что эндодонтическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что это биологическая процедура, поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. При этом мне ***гарантировано*** проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

***Я осознаю***  необходимость обеспечения с моей стороны хорошего уровня гигиены полости рта и понимаю, что через \_\_\_\_ месяц (ев) я обязан пройти профилактический осмотр с целью своевременного обнаружения и устранения возможных осложнений.

***Я понимаю*** необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.

***Я понимаю***, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки, в срок указанный лечащим врачом, но не позднее 3 месяца.

***Мне было разъяснено*** значение всех медицинских терминов, упоминавшихся в данном документе. Я даю разрешение делать инъекции лекарственных препаратов, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

 ***Я согласен (а)*** на применение местной анестезии, а также осведомлен(а) о возможных осложнениях во время местной анестезии и при приеме лекарственных средств, а именно: аллергические реакции организма на медикаментозные препараты, обморок, коллапс, шок, травматизация нервных окончаний и сосудов, проявляющиеся потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

***Я подтверждаю***, что поставил (а) врачей в известность обо всех моих проблемах со здоровьем в прошлом и настоящем, обо всех острых и хронических заболеваниях, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарств, а также злоупотреблении алкогольными и/или наркотическими препаратами.

***Мною были заданы*** все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

***Я ознакомлен(а)*** с прейскурантом на стоматологическое лечение в клинике и готов(а) оплатить весь объем указанных услуг.

***Я удостоверяю*** своей подписью следующие факты:

 - данный документ мною внимательно изучен и мне полностью понятен;

 - я понимаю назначение данного документа;

 - я подтверждаю свое согласие на лечение с учетом названных обстоятельств.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

**Информационное согласие для пациента, завершившего ортодонтическое лечение**

В первые дни после снятия брекетов зубы и десна еще имеют не окончательный красивый вид. Это зависит от чистки зубов во время лечения. Через несколько дней они будут выглядеть значительно лучше, и Ваша улыбка будет еще красивее.

**Рекомендации по уходу за зубами после снятия брекет-системы**

Примерно через 3 месяца после снятия брекетов, рекомендуем обратиться к гигиенисту **на** профессиональную чистку и фторирование зубов. Это позволит эмали зубов и деснам восстановиться после долго лечения.

Через 1-2 недели после проведения чистки обратитесь к стоматологу для осмотра зубов на предмет кариеса. Не забывайте чистить зубы два раза в день, после завтрака и после ужина, избегая горизонтальных движений, которые были необходимы во время лечения. Все движения должны быть вертикальными от десны к краю зуба, без излишнего надавливания.

**Ретенционные (удерживающие результат) аппараты, срок и порядок их использования, гарантийные обязательства**

Для сохранения результата лечения в Вашем случае используются **следующие ретенционные аппараты** (если чего-то нет – вычеркнуть):

1. **Несъемный ретейнер** (проволочная шина на внутренней поверхности передних зубов) на *верхней челюсти*. Должен оставаться в полости рта в течение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ согласно плану лечения
2. **Несъемный ретейнер** (проволочная шина на внутренней поверхности передних зубов) на *нижней челюсти.* Согласно плану лечения должен оставаться в полости рта весь срок, в течение которого Вы хотите быть уверены в сохранении ровности передних нижних зубов.
3. **Съемный ретенционный аппарат** (пластинка, капа) на *верхнюю челюсть* для ночного ношения.

Должен использоваться в стандартном режиме: первый год – 8 часов в сутки (ночь), еще полгода – через ночь, еще полгода – 2 раза в неделю, после 2 лет – 1 раз в неделю для контроля (если ощущается значимое давление на зубы при установке ретейнера, значит, они слегка сместились, тогда ретенционный аппарат оставляется на ночь, если давления нет – не одевается, контроль осуществляется снова через неделю).

В случае компромиссного результата, когда не достигнута полная коррекция прикуса **(*подчеркнуть весь абзац, если в данном случае так*),** съемный ретенционный аппарат на верхнюю челюсть должен применяться каждую ночь весь срок, в течение которого Вы хотите быть уверены в сохранении ровности верхних зубов и эстетики улыбки.

1. Съемная ретенционная капа на передние зубы *нижней челюсти*. Предназначена для ночного ношения только в случае поломки нижнего несъемного ретейнера и(или) при обнаружении неблагоприятных изменений положения нижних передних зубов – до обращения к врачу.

**Обязанности** **пациента в ретенционном периоде:**

Регулярно носить **съемные** ретейнеры в указанном выше режиме. В случае значительных перерывов в ношении съемных ретенционных аппаратов возможно изменение положения зубов, ухудшение эстетики улыбки и прикуса. Установка аппарата может быть невозможна после перерыва из-за этих перемещений (аппарат не подходит к новой ситуации, не одевается). В таком случае требуется изготовление нового ретенционного аппарата, а иногда и повторное ортодонтическое лечение по действующему на данный момент прейскуранту. Ретенционный аппарат не может не подходить (не одеваться) при условии его регулярного ношения, также как и

1. ретенционного аппарата в должном режиме.
2. Съемные ретейнеры обязательно брать с собой в поездки длительностью более одного дня.
3. В случае поломки или потери любого ретенционного аппарата необходимо срочно обратиться в клинику.
4. Каждый день при вечерней чистке зубов необходимо обращать внимание на целостность несъемных ретейнеров. Если у Вас возникли подозрения, что верхний или нижний ретейнер сломан или отклеился в области хотя бы одного зуба (ощущается металл проволоки, подвижность и тд.), необходимо начать использование съемного ретенционного аппарата на данную челюсть в течение не менее 12 часов в сутки и срочно записаться на прием к ортодонту в нашу клинику. На прием необходимо принести съемные ретенционные аппараты. Так же необходимо поступить, если при периодических самостоятельных осмотрах у Вас возникнут подозрения на наличие неблагоприятных изменений положения зубов (повороты, щели и тд.) или прикуса.
5. Необходимо осуществлять хорошую гигиену несъемных ретейнеров с использованием стандартных средств гигиены и Super Floss (специальной зубной нити). Ретейнеры затрудняют гигиену внутренней поверхности зубов и межзубных промежутков, при недостаточной гигиене возможно появление налета и твердых зубных отложений, воспаление десны, запах изо рта и кровоточивость десен. Один раз в 6 месяцев необходимо проводить профессиональную гигиену зубов в клинике в целях профилактики вышеуказанных осложнений.

**Гарантии.**

Гарантийный срок на ретейнеры составляет 3 месяца с момента их установки. Это означает, что в течение данного срока ретейнеры ремонтируются бесплатно в случае их поломки, если в этом нет вины пациента. В случае наличия вины пациента, а также по истечении указанного гарантийного срока починка (замена) ретенционных аппаратов производится по действующему на данный момент прейскуранту. Срок службы несъемных ретейнеров составляет 5-7 лет, съемных кап – 1 год, съемных пластинок – 3-5 лет.

**Результат лечения**

**Дата снятия:** с верхней челюсти**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** с нижней челюсти **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Результаты лечения документированы** (сделаны фотографии)

**Завершение лечения** (нужное подчеркнуть):

А) *Плановое*, с достижением целей лечения согласно плану лечения. Достигнут функциональный и эстетический оптимум в рамках плана лечения. Результатом лечения пациент(ка) (и/или законные представители) удовлетворен(ы). Претензий к эстетике и функции не имеет(ют).

Б) *Неплановое*. Лечение завершено без достижения ожидаемого результата лечения по причине (нужное подчеркнуть или вписать иное):

* Многократные эпизоды неудовлетворительной гигиены полости рта
* Отказ пациента от выполнения рекомендаций врача в полном объеме (ношения межчелюстных эластиков, удаления отдельных зубов и др.)
* Отъезд пациента из города (страны) без возможности продолжать лечение
* Другие причины или сведени**я**

Рекомендован контрольный осмотр у ортодонта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент (его законный представитель) ознакомлен с особенностями ухода за зубами после снятия брекетов, правилами ношения и ухода за ретенционными аппаратами, обязанностями в ретенционном периоде, гарантиями, удовлетворен результатом лечения согласно плану лечения (при плановом завершении) или понимает причину недостижения запланированного результата (при неплановом завершении), задал все интересующие вопросы и получил ответы.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

**Информированное добровольное согласие на установку несъемного пластинчатого аппарата.**

В соответствии со ст. 20 Федерального закона №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказом МЗСР РФ №390 от 23.04.2012 г. «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации при получении первичной медико-санитарной помощи» и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 20 декабря 2012 г. N 1177н, необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя. (Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», )

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество — полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, проживающий (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Я являюсь законным представителем ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Добровольно даю свое согласие на ортодонтическое лечение съемным пластинчатым аппаратом.

Мне известно, что ортодонтическое лечение проводится с целью лечения и профилактики зубочелюстных патологий, в том числе исправления прикуса, а также в эстетических целях, является эффективным способом устранения дефектов и аномалий положения отдельных зубов, зубных рядов, челюстей.

В моем конкретном случае использование съемного пластинчатого ортодонтического аппарата необходимо для

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Меня проинформировали о том, что:

1.Выполнение активного периода лечения производится только после санации полости рта, проведения рентгенологического контроля качества лечения, пломбирования зубов и профессиональной гигиены полости рта. Объем рентгенологического обследования определяется лечащим врачом. В некоторых случаях по ортодонтическим показаниям необходимы хирургические вмешательства: удаление зубов, пластика уздечек губ и языка, хирургическое обнажение ретинированного зуба, углубление преддверия полости рта, удаление зубов мудрости.

2.На этапе начала лечения невозможно с точностью определить сроки лечения. Это зависит от тяжести патологии и строения костной ткани, аккуратного ношения аппарата, регулярного посещения врача для коррекции аппарата. При возникновении непредвиденной ситуации (болезнь, поломка аппарата) срок лечения удлиняется. Срок оказания медицинской услуги ориентировочно \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.Ортодонтическое лечение состоит их 3-х этапов различных по времени:

1 этап Аппаратурное (активное) лечение 1- года - лечение на несъемной пластинчатом аппарате

2 этап Лечение с помощью брекет-системы 1-3 года

3 этап Закрепляющий (ретенционный) период, который равен по времени периоду лечения.

4 этап – Диспансерное наблюдение — до полного прорезывания всех зубов. В этот период может понадобится дополнительное аппаратурное лечение в зависимости от того, как будут прорезываться оставшиеся зубы.

Если исправление прикуса происходило во взрослом возрасте, диспансерное наблюдение необходимо в течение 5 лет. После окончания ортодонтического лечения необходимо выполнять все рекомендации врача, чтобы предотвратить рецидив.

4.Стоимость услуги устанавливается в соответствии с утвержденным прейскурантом цен, действующим на момент оказания услуги. Если в процессе лечения возникнет необходимость применения дополнительного аппаратурного лечения, то дополнительная аппаратура и дополнительные работы оплачиваются отдельно согласно прейскуранту на момент оказания услуги. Ретенционный аппарат оплачивается отдельно согласно прейскуранту на момент изготовления аппарата.

Мне в доступной форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные осложнения, а так же предполагаемые результаты лечения.

Мне известны все варианты лечения, и я понимаю все преимущества и недостатки выбранного мной метода применительно к моему случаю.

Доктор предупредил меня, что ортодонтическое лечение предполагает следующие риски:

* Ортодонтический аппарат – это инородное тело в полости рта. Привыкание к съемной ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени, в среднем это длится 1,5 – 2 недели. Деньги за съемные ортодонтические аппараты, к которым я не смогу привыкнуть, не возвращаются.
* При лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз), обусловленные скрытыми очагами инфекции, неудовлетворительным эндодонтическим лечением. В этом случае я согласен проводить комплексное лечение «Пациента» у врача-стоматолога терапевта и врача-стоматолога пародонтолога. Необходимое лечение оплачивается дополнительно.
* В первые дни после установки пластинки возможно усиленное слюноотделение, которое проходит через 1-2 дня. В первый день ношения пластинки могут возникнуть небольшие болевые ощущения в области некоторых зубов. Это временное явление, которое проходит через несколько часов. Возможно изменение речи после установки пластинки. У активно говорящих детей дикция восстанавливается через 2-3 дня. В те моменты, когда необходимо снять пластинку, нужно следить за тем, чтобы она находилась в специальном контейнере, приобретенные отдельно, иначе ее легко повредить или сломать. Перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, приваривание новых элементов оплачиваются отдельно по окончанию гарантийного срока. За любым съемным аппаратом, как и за зубами, требуется тщательный уход. Чистить пластинку необходимо 2 раза в сутки зубной щеткой с зубной пастой. Если «Пациент» жалуется на то, что края пластинки царапают слизистую языка или щеки, то в этом случае необходимо подойти к врачу для коррекции этих острых краев. Необходимо записаться на прием как можно быстрее. Но очень важно надеть пластинку за несколько часов до прихода к врачу, чтобы врач видел то место, где пластинка натирает слизистую рта. Лечение на съемных аппаратах является лишь первым этапом ортодонтического лечения, и для получения правильных окклюзионных контактов (смыкания зубов) и гармоничной улыбки, даже при идеальном проведенном лечении, может потребоваться второй этап – брекет-система или изготовление нового аппарата.
* В период адаптации возможно раздражение слизистой оболочки полости рта, болезненность зубов, нарушение дикции, затрудненный прием пищи.
* Зубы могут подвергаться пришлифовке контактных поверхностей для создания дополнительного места для других зубов;

Я проинформирован, что процессе ортодонтического лечения брекет системой есть вероятность возникновения следующих осложнений:

* возникновение аллергических реакций на компоненты ортодонтической аппаратуры (может потребоваться снятие системы без возврата уплаченных средств);
* деминерализация эмали, кариес,
* поврежения слизистой оболочки полости рта элементами ортодонтических конструкций, гингивит.

Понимаю, что курение и/или приём алкоголя могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления и уменьшить вероятность успеха лечения.

Доктор разъяснил мне, что невозможно предугадать и перечислить полный список возможных осложнений лечения так как, они могут быть связаны с индивидуальными особенностями моего организма.

Предполагаемый результат лечения - достижение поставленной цели.

Я понимаю, что предполагаемый результат лечения зависит от соблюдения рекомендаций доктора.

Условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендаций по уходу за полостью рта и результатом полученной мною медицинской Услуги, выданных мне врачом.

Врач объяснил мне, что в случае отказа от предложенного лечения, мое стоматологическое здоровье будет ухудшаться. Это может повлечь возникновение нижеследующих (а возможно – и не только) факторов риска для здоровья:

- обострение хронических заболеваний полости рта;

- поражение опорного аппарата зубов (пародонта), проявляющееся воспалением околозубных тканей, гноетечением, припухлостями, болями, инфекцией, абсцедированием, формированием кист, подвижностью зубов и их последующей потерей, проявлением промежутков между зубами (нарушение внешнего вида);

- нарушение окклюзии (смыкания зубов), связанное с этим ухудшение функции зубных рядов, преждевременная потеря зубов и/или костной ткани;

- нарушения в деятельности жевательных мышц;

- поражение височно-нижнечелюстных суставов с нарушением их функции и возможно болевым синдромом;

- нарушение носового дыхания, речи и моего внешнего вида в целом.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Мне сообщено и понятно, что:

1. я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств,
2. диагноз может уточняться в процессе лечения вследствие сопутствующих обстоятельств или появления противопоказаний;
* намеченный план лечения может быть скорректирован в зависимости от индивидуальной ситуации (в связи с чем общая стоимость Услуги может быть увеличена), о чем меня заблаговременно уведомит врач;

Я одобряю рекомендованное мне лечение, понимаю, что преимущества предлагаемого лечения значительно превышают возможные осложнения в случае отказа от лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел (а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Объяснение доктором всех деталей удовлетворило меня.

Я разрешаю использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности без показа лица и указания моего имени и фамилии.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

**Информированное добровольное согласие на**

**ортодонтическое лечение**

В соответствии со ст. 20 Федерального закона №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказом МЗСР РФ №390 от 23.04.2012 г. «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации при получении первичной медико-санитарной помощи» и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 20 декабря 2012 г. N 1177н, необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя. (Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», )

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество — полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, проживающий (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Добровольно даю свое согласие на ортодонтическое лечение.

Мне известно, что ортодонтическое лечение проводится с целью лечения и профилактики зубочелюстных патологий, в том числе исправления прикуса, а также в эстетических целях, является эффективным способом устранения дефектов и аномалий положения отдельных зубов, зубных рядов, челюстей.

В моем конкретном случае установка ортодонтическое лечение необходимо для \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Меня проинформировали о том, что:

1.Выполнение активного периода лечения производится только после санации полости рта, проведения рентгенологического контроля качества лечения, пломбирования зубов, профессиональной гигиены полости рта и при необходимости парадонтологическое лечение. Объем рентгенологического обследования определяется лечащим врачом. В некоторых случаях по ортодонтическим показаниям необходимы хирургические вмешательства: удаление зубов, пластика уздечек губ и языка, хирургическое обнажение ретинированного зуба, углубление преддверия полости рта, удаление зубов мудрости, установка ортодонтического винта (все необходимые дополнительные манипуляции оплачиваются отдельно).

2.На этапе начала лечения невозможно с точностью определить сроки лечения. Это зависит от тяжести патологии и строения костной ткани, аккуратного ношения системы, регулярного посещения врача для коррекции аппарата. При возникновении непредвиденной ситуации (болезнь, поломка аппарата) срок лечения удлиняется.

3.Ортодонтическое лечение состоит их 3-х этапов различных по времени:

1 этап - Аппаратурное (активное) лечение

2 этап - Закрепляющий (ретенционный) период. В этот период изготовляется ретенционный аппарат на усмотрение доктора. Съемный ретейнер (каппа после брекетов) - это прозрачная пластинка из биополимера одевающаяся на зубной ряд. Изготавливается в специальном аппарате - вакуумформере по слепку челюстей. Врачи рекомендуют одевать такую ретенционную каппу на каждую челюсть и носить ее как можно более продолжительное время в первый год после снятия брекет-системы. Несъемный ретейнер представляет собой тонкую металлическую дугу, которая прикрепляется с внутренней стороны зубов.

3 этап – Диспансерное наблюдение —профосмотры каждые пол года.

Если исправление прикуса происходило во взрослом возрасте, диспансерное наблюдение необходимо в течение минимум 5 лет. После окончания ортодонтического лечения необходимо выполнять все рекомендации врача, чтобы предотвратить рецидив.

4.Стоимость услуги устанавливается в соответствии с утвержденным прейскурантом цен, действующим на момент оказания услуги. Если в процессе лечения возникнет необходимость применения дополнительного аппаратурного лечения, то дополнительная аппаратура и дополнительные работы оплачиваются отдельно согласно прейскуранту на момент оказания услуги. Ретенционный аппарат оплачивается отдельно согласно прейскуранту на момент изготовления аппарата.

Мне в доступной форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные осложнения, а так же предполагаемые результаты лечения.

Мне известны все варианты лечения, и я понимаю все преимущества и недостатки выбранного мной метода применительно к моему случаю.

Доктор предупредил меня, что ортодонтическое лечение предполагает **следующие риски:**

* Стоматологическое вмешательство может привести к потертостям или трещинам в области углов рта в течение нескольких дней, герпетическому стоматиту. Это тоже пройдет без всякого лечения.
* Привыкание к несъемной 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.
* При лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз), обусловленные скрытыми очагами инфекции, неудовлетворительным эндодонтическим лечением. В этом случае я согласен проводить комплексное лечение у врача-стоматолога терапевта и врача-стоматолога пародонтолога. Необходимое лечение оплачивается дополнительно.
* В период адаптации возможно раздражение слизистой оболочки полости рта, болезненность зубов, нарушение дикции, затрудненный прием пищи.
* Зубы могут подвергаться пришлифовке контактных поверхностей (сепарация зубов) для создания дополнительного места для других зубов;
* В случае неправильно сформированного десневого края, после завершения лечения могут появляться "черные треугольники", требующие хирургической коррекции в будущем за отдельную плату;
* Существует вероятность отклеивания брекета в результате сильного механического воздействия.

Я проинформирован, что процессе ортодонтического лечения брекет системой есть вероятность возникновения следующих осложнений:

* возникновение аллергических реакций на компоненты ортодонтической аппаратуры (может потребоваться снятие системы без возврата уплаченных средств);
* деминерализация эмали, кариес,
* поврежения слизистой оболочки полости рта элементами ортодонтических конструкций, гингивит.

Понимаю, что курение и/или приём алкоголя могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления и уменьшить вероятность успеха лечения.

Доктор разъяснил мне, что невозможно предугадать и перечислить полный список возможных осложнений лечения так как, они могут быть связаны с индивидуальными особенностями моего организма.

Предполагаемый результат лечения - достижение поставленной цели. Для достижения оптимального результата лечения доктор рекомендовал мне (нужное выделить) :

Лечение с помощью: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дополнительные приспособления:

а) разобщение прикуса накусочными пломбами

б) минивинты (является дополнительной услугой и оплачивается отдельно)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в) протезирование после окончательного ортодонтического лечения:

1) покрытие эндодонтически леченных зубов коронками 2) имплантация+коронки

Необходимость удаления зубов а) да (зуб(ы) №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ б) нет

5)Дополнительные мероприятия

 а)хирургическое обнажение ретенированного зуба (создание окна для прорезывания зуба)

 б)пластика уздечки языка, верхней губы

 в)профессиональная гигиена полости рта (1 раз в три месяца, 1 раз в полгода)

 г) дополнительные рентгеновские снимки в процессе лечения (ортопантомограмма (ОПТГ), Компьютерная томография (КТ), Телерентгенограмма (ТРГ))

6) предполагаемый срок лечения (при соблюдении рекомендаций врача )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7) ретенционные аппараты: а) несьемные ретейнеры (тонкие «проволочки» фиксируемые на внутренней поверхности зубов) б)съемный ретенционный аппарат для ночного ношения

8) Рекомендуемый срок ношения ретенционных аппаратов- **максимально долго**

Я понимаю, что предполагаемый результат лечения зависит от соблюдения рекомендаций доктора.

Условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендаций по уходу за полостью рта и результатом полученной мною медицинской Услуги, выданных мне врачом.

**В случае невыполнения мной, рекомендаций врача по уходу за гигиеной полости рта (профессиональная гигиена полости рта), доктор имеет право снять брекет-систему без возврата оплаченных средств.**

Врач объяснил мне, что в случае отказа от предложенного лечения, мое стоматологическое здоровье будет ухудшаться. Это может повлечь возникновение нижеследующих (а возможно – и не только) факторов риска для здоровья:

- кариес

- поражение опорного аппарата зубов (пародонта), проявляющееся воспалением околозубных тканей, гноетечением, припухлостями, болями, инфекцией, абсцедированием, формированием кист, подвижностью зубов и их последующей потерей, проявлением промежутков между зубами (нарушение внешнего вида);

- нарушение окклюзии (смыкания зубов), связанное с этим ухудшение функции зубных рядов, преждевременная потеря зубов и/или костной ткани;

- нарушения в деятельности жевательных мышц;

- поражение височно-нижнечелюстных суставов с нарушением их функции и возможно болевым синдромом;

- нарушение носового дыхания, речи и моего внешнего вида в целом.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Мне сообщено и понятно, что:

1. я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств,
2. диагноз может уточняться в процессе лечения вследствие сопутствующих обстоятельств или появления противопоказаний;
* намеченный план лечения может быть скорректирован в зависимости от индивидуальной ситуации (в связи с чем общая стоимость Услуги может быть увеличена), о чем меня заблаговременно уведомит врач;

Я осознаю, что за незаконченное лечение врач и клиника ответственности не несет.

Я одобряю рекомендованное мне лечение, понимаю, что преимущества предлагаемого лечения значительно превышают возможные осложнения в случае отказа от лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел (а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Объяснение доктором всех деталей удовлетворило меня.

Я разрешаю использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности без показа лица и указания моего имени и фамилии.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Информированное добровольное согласие на Снятие брекет-системы**

В соответствии со ст. 20 Федерального закона №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказом МЗСР РФ №390 от 23.04.2012 г. «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации при получении первичной медико-санитарной помощи» и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 20 декабря 2012 г. N 1177н, необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя. (Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», )

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество — полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, проживающий (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Добровольно даю свое согласие на снятие ортодонтичекой конструкции.(брекет-системы)

Мне известно, что ортодонтическое лечение проводилось с целью лечения и профилактики зубочелюстных патологий, в том числе исправления прикуса, а также в эстетических целях, являясь эффективным способом устранения дефектов и аномалий положения отдельных зубов, зубных рядов, челюстей.

Меня проинформировали о том, что:

1.Выполнение активного периода лечения производится только после санации полости рта, проведения рентгенологического контроля качества лечения, пломбирования зубов, профессиональной гигиены полости рта и при необходимости парадонтологическое лечение. Объем рентгенологического обследования определяется лечащим врачом. В некоторых случаях по ортодонтическим показаниям необходимы хирургические вмешательства: удаление зубов, пластика уздечек губ и языка, хирургическое обнажение ретинированного зуба, углубление преддверия полости рта, удаление зубов мудрости, установка ортодонтического винта (все необходимые дополнительные манипуляции оплачиваются отдельно).

2. .Ортодонтическое лечение состоит их 3-х этапов различных по времени:

**1 этап - Аппаратурное (активное) лечение на брекет-системе**

**2 этап - Закрепляющий (ретенционный) период.** В этот период изготовляется ретенционный аппарат на усмотрение доктора. Съемный ретейнер (каппа после брекетов) - это прозрачная пластинка из биополимера одевающаяся на зубной ряд. Изготавливается в специальном аппарате - вакуумформере по слепку челюстей. Врачи рекомендуют одевать такую ретенционную каппу на каждую челюсть и носить ее как можно более продолжительное время в первый год после снятия брекет-системы. Несъемный ретейнер представляет собой тонкую металлическую дугу, которая прикрепляется с внутренней стороны зубов.

Для сохранения результата лечения в Вашем случае используются **следующие ретенционные аппараты** (**если чего-то нет – вычеркнуть):**

1. *Несъемный ретейнер* (проволочная шина на внутренней поверхности передних зубов) на *верхней челюсти*. Должен оставаться в полости рта в течение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ согласно плану лечения
2. *Несъемный ретейнер* (проволочная шина на внутренней поверхности передних зубов) на *нижней челюсти.* Согласно плану лечения должен оставаться в полости рта весь срок, в течение которого Вы хотите быть уверены в сохранении ровности передних нижних зубов.
3. *Съемный ретенционный аппарат* (пластинка, капа) на *верхнюю челюсть* для ночного ношения.

Должен использоваться в стандартном режиме: первый год – 8 часов в сутки (ночь), еще полгода – через ночь, еще полгода – 2 раза в неделю, после 2 лет – 1 раз в неделю для контроля (если ощущается значимое давление на зубы при установке ретейнера, значит, они слегка сместились, тогда ретенционный аппарат оставляется на ночь, если давления нет – не одевается, контроль осуществляется снова через неделю).

В случае компромиссного результата, когда не достигнута полная коррекция прикуса **(*подчеркнуть весь абзац, если в данном случае так*),** съемный ретенционный аппарат на верхнюю челюсть должен применяться каждую ночь весь срок, в течение которого Вы хотите быть уверены в сохранении ровности верхних зубов и эстетики улыбки.

1. *Съемная ретенционная капа* на передние зубы *нижней челюсти*. Предназначена для ночного ношения только в случае поломки нижнего несъемного ретейнера и(или) при обнаружении неблагоприятных изменений положения нижних передних зубов – до обращения к врачу.

**Обязанности** **пациента в ретенционном периоде:**

1. Регулярно носить **съемные** ретейнеры в указанном выше режиме. В случае значительных перерывов в ношении съемных ретенционных аппаратов возможно изменение положения зубов, ухудшение эстетики улыбки и прикуса. Установка аппарата может быть невозможна после перерыва из-за этих перемещений (аппарат не подходит к новой ситуации, не одевается). В таком случае требуется изготовление нового ретенционного аппарата, а иногда и повторное ортодонтическое лечение по действующему на данный момент прейскуранту. Ретенционный аппарат не может не подходить (не одеваться) при условии его регулярного ношения, также как и зубы не могут значимо изменить свое положение при условии регулярного использования ретенционного аппарата в должном режиме.
2. Съемные ретейнеры обязательно брать с собой в поездки длительностью более одного дня.
3. В случае поломки или потери любого ретенционного аппарата необходимо срочно обратиться в клинику.
4. Каждый день при вечерней чистке зубов необходимо обращать внимание на целостность несъемных ретейнеров. Если у Вас возникли подозрения, что верхний или нижний ретейнер сломан или отклеился в области хотя бы одного зуба (ощущается металл проволоки, подвижность и тд.), необходимо начать использование съемного ретенционного аппарата на данную челюсть в течение не менее 12 часов в сутки и срочно записаться на прием к ортодонту в нашу клинику. На прием необходимо принести съемные ретенционные аппараты. Так же необходимо поступить, если при периодических самостоятельных осмотрах у Вас возникнут подозрения на наличие неблагоприятных изменений положения зубов (повороты, щели и тд.) или прикуса.
5. Необходимо осуществлять хорошую гигиену несъемных ретейнеров с использованием стандартных средств гигиены и Super Floss (специальной зубной нити). Ретейнеры затрудняют гигиену внутренней поверхности зубов и межзубных промежутков, при недостаточной гигиене возможно появление налета и твердых зубных отложений, воспаление десны, запах изо рта и кровоточивость десен. Один раз в 6 месяцев необходимо проводить профессиональную гигиену зубов в клинике в целях профилактики вышеуказанных осложнений.

**Гарантии.**

 Гарантийный срок на ретейнеры составляет 3 месяца с момента их установки. Это означает, что в течение данного срока ретейнеры ремонтируются бесплатно в случае их поломки, если в этом нет вины пациента. В случае наличия вины пациента, а также по истечении указанного гарантийного срока починка (замена) ретенционных аппаратов производится по действующему на данный момент прейскуранту. Срок службы несъемных ретейнеров составляет 5-7 лет, съемных кап – 1 год, съемных пластинок – 3-5 лет.

**3 этап – Диспансерное наблюдение —профосмотры каждые пол года.**

Если исправление прикуса происходило во взрослом возрасте, диспансерное наблюдение необходимо в течение минимум 5 лет. После окончания ортодонтического лечения необходимо выполнять все рекомендации врача, чтобы предотвратить рецидив.

4.Стоимость услуги устанавливается в соответствии с утвержденным прейскурантом цен, действующим на момент оказания услуги. Если в процессе лечения возникнет необходимость применения дополнительного аппаратурного лечения, то дополнительная аппаратура и дополнительные работы оплачиваются отдельно согласно прейскуранту на момент оказания услуги. Ретенционный аппарат оплачивается отдельно согласно прейскуранту на момент изготовления аппарата.

Мне в доступной форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные осложнения, а так же предполагаемые результаты лечения.

Мне известны все варианты лечения, и я понимаю все преимущества и недостатки выбранного мной метода применительно к моему случаю.

Доктор предупредил меня, что ортодонтическое лечение предполагает **следующие риски:**

* Стоматологическое вмешательство может привести к потертостям или трещинам в области углов рта в течение нескольких дней, герпетическому стоматиту. Это тоже пройдет без всякого лечения.
* Привыкание к несъемной 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.
* При лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз), обусловленные скрытыми очагами инфекции, неудовлетворительным эндодонтическим лечением. В этом случае я согласен проводить комплексное лечение у врача-стоматолога терапевта и врача-стоматолога пародонтолога. Необходимое лечение оплачивается дополнительно.
* В период адаптации возможно раздражение слизистой оболочки полости рта, болезненность зубов, нарушение дикции, затрудненный прием пищи.
* В случае неправильно сформированного десневого края, после завершения лечения могут появляться "черные треугольники", требующие хирургической коррекции в будущем за отдельную плату;
* Существует вероятность отклеивания ретейнера в результате сильного механического воздействия. При такой ситуации необходимо в самое ближайшее время записаться к врачу, для повторной фиксации ретейнера, чтобы избежать перемещения, отклонения зубов (рецидива лечения)

Я проинформирован, что в процессе ношения ретейнера есть вероятность возникновения следующих осложнений:

* возникновение аллергических реакций на компоненты ортодонтической аппаратуры (может потребоваться снятие системы без возврата уплаченных средств);
* деминерализация эмали, кариес,
* поврежения слизистой оболочки полости рта элементами ортодонтических конструкций, гингивит.

Понимаю, что курение и/или приём алкоголя могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления и уменьшить вероятность успеха лечения.

Доктор разъяснил мне, что невозможно предугадать и перечислить полный список возможных осложнений лечения так как, они могут быть связаны с индивидуальными особенностями моего организма.

Врач объяснил мне, что в случае отказа от предложенного лечения, мое стоматологическое здоровье будет ухудшаться. Это может повлечь возникновение нижеследующих (а возможно – и не только) факторов риска для здоровья:

- кариес

- поражение опорного аппарата зубов (пародонта), проявляющееся воспалением околозубных тканей, гноетечением, припухлостями, болями, инфекцией, абсцедированием, формированием кист, подвижностью зубов и их последующей потерей, проявлением промежутков между зубами (нарушение внешнего вида);

- нарушение окклюзии (смыкания зубов), связанное с этим ухудшение функции зубных рядов, преждевременная потеря зубов и/или костной ткани;

- нарушения в деятельности жевательных мышц;

- поражение височно-нижнечелюстных суставов с нарушением их функции и возможно болевым синдромом;

- нарушение носового дыхания, речи и моего внешнего вида в целом.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Мне сообщено и понятно, что:

1. я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств,
2. диагноз может уточняться в процессе лечения вследствие сопутствующих обстоятельств или появления противопоказаний;
* намеченный план лечения может быть скорректирован в зависимости от индивидуальной ситуации (в связи с чем общая стоимость Услуги может быть увеличена), о чем меня заблаговременно уведомит врач;

Я осознаю, что за незаконченное лечение врач и клиника ответственности не несет.

Я одобряю рекомендованное мне лечение, понимаю, что преимущества предлагаемого лечения значительно превышают возможные осложнения в случае отказа от лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел (а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Объяснение доктором всех деталей удовлетворило меня.

**Результат лечения**

**.**

**Дата снятия:** с верхней челюсти **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**с нижней челюсти **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Результаты лечения документированы** (сделаны фотографии)

**Завершение лечения** (нужное подчеркнуть):

А) *Плановое*, с достижением целей лечения согласно плану лечения. Достигнут функциональный и эстетический оптимум в рамках плана лечения. Результатом лечения пациент(ка) (и/или законные представители) удовлетворен(ы). Претензий к эстетике и функции не имеет(ют).

Б) *Неплановое*. Лечение завершено без достижения ожидаемого результата лечения по причине (нужное подчеркнуть или вписать иное):

* Многократные эпизоды неудовлетворительной гигиены полости рта
* Отказ пациента от выполнения рекомендаций врача в полном объеме (ношения межчелюстных эластиков, удаления отдельных зубов и др.)
* Отъезд пациента из города (страны) без возможности продолжать лечение
* Другие причины или сведения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендован контрольный осмотр у ортодонта \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пациент (его законный представитель) ознакомлен с особенностями ухода за зубами после снятия брекетов, правилами ношения и ухода за ретенционными аппаратами, обязанностями в ретенционном периоде, гарантиями удовлетворен результатом лечения согласно плану лечения (при плановом завершении) или понимает причину недостижения запланированного результата (при неплановом завершении), задал все интересующие вопросы и получил ответы.

Я разрешаю использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности без показа лица и указания моего имени и фамилии.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

**Информированное добровольное согласие на установку съемного пластинчатого аппарата.**

В соответствии со ст. 20 Федерального закона №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказом МЗСР РФ №390 от 23.04.2012 г. «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации при получении первичной медико-санитарной помощи» и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 20 декабря 2012 г. N 1177н, необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя. (Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», )

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество — полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, проживающий (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Добровольно даю свое согласие на ортодонтическое лечение съемным пластинчатым аппаратом.

Мне известно, что ортодонтическое лечение проводится с целью лечения и профилактики зубочелюстных патологий, в том числе исправления прикуса, а также в эстетических целях, является эффективным способом устранения дефектов и аномалий положения отдельных зубов, зубных рядов, челюстей.

В моем конкретном случае использование съемного пластинчатого ортодонтического аппарата необходимо для \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Меня проинформировали о том, что:

1.Выполнение активного периода лечения производится только после санации полости рта, проведения рентгенологического контроля качества лечения, пломбирования зубов и профессиональной гигиены полости рта. Объем рентгенологического обследования определяется лечащим врачом. В некоторых случаях по ортодонтическим показаниям необходимы хирургические вмешательства: удаление зубов, пластика уздечек губ и языка, хирургическое обнажение ретинированного зуба, углубление преддверия полости рта, удаление зубов мудрости.

2.На этапе начала лечения невозможно с точностью определить сроки лечения. Это зависит от тяжести патологии и строения костной ткани, аккуратного ношения аппарата, регулярного посещения врача для коррекции аппарата. При возникновении непредвиденной ситуации (болезнь, поломка аппарата) срок лечения удлиняется. Срок оказания медицинской услуги ориентировочно \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.Ортодонтическое лечение состоит их 3-х этапов различных по времени:

1 этап - Аппаратурное (активное) лечение 1-2 года - лечение съемной пластинчатом аппарате

2 этап- Лечение с помощью брекет-системы 1-3 года

3 этап - Закрепляющий (ретенционный) период, который равен по времени периоду лечения.

4 этап – Диспансерное наблюдение — до полного прорезывания всех зубов. В этот период может понадобится дополнительное аппаратурное лечение в зависимости от того, как будут прорезываться оставшиеся зубы.

Если исправление прикуса происходило во взрослом возрасте, диспансерное наблюдение необходимо в течение 5 лет. После окончания ортодонтического лечения необходимо выполнять все рекомендации врача, чтобы предотвратить рецидив.

4.Стоимость услуги устанавливается в соответствии с утвержденным прейскурантом цен, действующим на момент оказания услуги. Если в процессе лечения возникнет необходимость применения дополнительного аппаратурного лечения, то дополнительная аппаратура и дополнительные работы оплачиваются отдельно согласно прейскуранту на момент оказания услуги. Ретенционный аппарат оплачивается отдельно согласно прейскуранту на момент изготовления аппарата.

Мне в доступной форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные осложнения, а так же предполагаемые результаты лечения.

Мне известны все варианты лечения, и я понимаю все преимущества и недостатки выбранного мной метода применительно к моему случаю.

Доктор предупредил меня, что ортодонтическое лечение предполагает следующие риски:

* Ортодонтический аппарат – это инородное тело в полости рта. Привыкание к съемной ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени, в среднем это длится 1,5 – 2 недели. Деньги за съемные ортодонтические аппараты, к которым я не смогу привыкнуть, не возвращаются.
* При лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз), обусловленные скрытыми очагами инфекции, неудовлетворительным эндодонтическим лечением. В этом случае я согласен проводить комплексное лечение «Пациента» у врача-стоматолога терапевта и врача-стоматолога пародонтолога. Необходимое лечение оплачивается дополнительно.
* В первые дни после установки пластинки возможно усиленное слюноотделение, которое проходит через 1-2 дня. В первый день ношения пластинки могут возникнуть небольшие болевые ощущения в области некоторых зубов. Это временное явление, которое проходит через несколько часов. Возможно изменение речи после установки пластинки. У активно говорящих детей дикция восстанавливается через 2-3 дня. В те моменты, когда необходимо снять пластинку, нужно следить за тем, чтобы она находилась в специальном контейнере, приобретенные отдельно, иначе ее легко повредить или сломать. Перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, приваривание новых элементов оплачиваются отдельно по окончанию гарантийного срока. За любым съемным аппаратом, как и за зубами, требуется тщательный уход. Чистить пластинку необходимо 2 раза в сутки зубной щеткой с зубной пастой. Если «Пациент» жалуется на то, что края пластинки царапают слизистую языка или щеки, то в этом случае необходимо подойти к врачу для коррекции этих острых краев. Необходимо записаться на прием как можно быстрее. Но очень важно надеть пластинку за несколько часов до прихода к врачу, чтобы врач видел то место, где пластинка натирает слизистую рта. Лечение на съемных аппаратах является лишь первым этапом ортодонтического лечения, и для получения правильных окклюзионных контактов (смыкания зубов) и гармоничной улыбки, даже при идеальном проведенном лечении, может потребоваться второй этап – брекет-система или изготовление нового аппарата.
* В период адаптации возможно раздражение слизистой оболочки полости рта, болезненность зубов, нарушение дикции, затрудненный прием пищи.
* Зубы могут подвергаться пришлифовке контактных поверхностей для создания дополнительного места для других зубов;

Я проинформирован, что процессе ортодонтического лечения брекет системой есть вероятность возникновения следующих осложнений:

* возникновение аллергических реакций на компоненты ортодонтической аппаратуры (может потребоваться снятие системы без возврата уплаченных средств);
* деминерализация эмали, кариес,
* поврежения слизистой оболочки полости рта элементами ортодонтических конструкций, гингивит.

Понимаю, что курение и/или приём алкоголя могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления и уменьшить вероятность успеха лечения.

Доктор разъяснил мне, что невозможно предугадать и перечислить полный список возможных осложнений лечения так как, они могут быть связаны с индивидуальными особенностями моего организма.

Предполагаемый результат лечения - достижение поставленной цели.

Я понимаю, что предполагаемый результат лечения зависит от соблюдения рекомендаций доктора.

Условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендаций по уходу за полостью рта и результатом полученной мною медицинской Услуги, выданных мне врачом.

Врач объяснил мне, что в случае отказа от предложенного лечения, мое стоматологическое здоровье будет ухудшаться. Это может повлечь возникновение нижеследующих (а возможно – и не только) факторов риска для здоровья:

- обострение хронических заболеваний полости рта;

- поражение опорного аппарата зубов (пародонта), проявляющееся воспалением околозубных тканей, гноетечением, припухлостями, болями, инфекцией, абсцедированием, формированием кист, подвижностью зубов и их последующей потерей, проявлением промежутков между зубами (нарушение внешнего вида);

- нарушение окклюзии (смыкания зубов), связанное с этим ухудшение функции зубных рядов, преждевременная потеря зубов и/или костной ткани;

- нарушения в деятельности жевательных мышц;

- поражение височно-нижнечелюстных суставов с нарушением их функции и возможно болевым синдромом;

- нарушение носового дыхания, речи и моего внешнего вида в целом.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Мне сообщено и понятно, что:

1. я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств,
2. диагноз может уточняться в процессе лечения вследствие сопутствующих обстоятельств или появления противопоказаний;
* намеченный план лечения может быть скорректирован в зависимости от индивидуальной ситуации (в связи с чем общая стоимость Услуги может быть увеличена), о чем меня заблаговременно уведомит врач;

Я одобряю рекомендованное мне лечение, понимаю, что преимущества предлагаемого лечения значительно превышают возможные осложнения в случае отказа от лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел (а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Объяснение доктором всех деталей удовлетворило меня.

Я разрешаю использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности без показа лица и указания моего имени и фамилии.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

**Информированное добровольное согласие на Фиксацию ретейнера**

В соответствии со ст. 20 Федерального закона №323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», приказом МЗСР РФ №390 от 23.04.2012 г. «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации при получении первичной медико-санитарной помощи» и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 20 декабря 2012 г. N 1177н, необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя. (Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», )

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество — полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, проживающий (ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Добровольно даю свое согласие на снятие ортодонтичекой конструкции.(брекет-системы)

Мне известно, что ортодонтическое лечение проводилось с целью лечения и профилактики зубочелюстных патологий, в том числе исправления прикуса, а также в эстетических целях, являясь эффективным способом устранения дефектов и аномалий положения отдельных зубов, зубных рядов, челюстей.

Меня проинформировали о том, что:

1.Выполнение активного периода лечения производится только после санации полости рта, проведения рентгенологического контроля качества лечения, пломбирования зубов, профессиональной гигиены полости рта и при необходимости парадонтологическое лечение. Объем рентгенологического обследования определяется лечащим врачом. В некоторых случаях по ортодонтическим показаниям необходимы хирургические вмешательства: удаление зубов, пластика уздечек губ и языка, хирургическое обнажение ретинированного зуба, углубление преддверия полости рта, удаление зубов мудрости, установка ортодонтического винта (все необходимые дополнительные манипуляции оплачиваются отдельно).

2. .Ортодонтическое лечение состоит их 3-х этапов различных по времени:

**1 этап - Аппаратурное (активное) лечение на брекет-системе**

**2 этап - Закрепляющий (ретенционный) период.** В этот период изготовляется ретенционный аппарат на усмотрение доктора. Съемный ретейнер (каппа после брекетов) - это прозрачная пластинка из биополимера одевающаяся на зубной ряд. Изготавливается в специальном аппарате - вакуумформере по слепку челюстей. Врачи рекомендуют одевать такую ретенционную каппу на каждую челюсть и носить ее как можно более продолжительное время в первый год после снятия брекет-системы. Несъемный ретейнер представляет собой тонкую металлическую дугу, которая прикрепляется с внутренней стороны зубов.

Для сохранения результата лечения в Вашем случае используются **следующие ретенционные аппараты**

1. *Несъемный ретейнер* (проволочная шина на внутренней поверхности передних зубов) на *верхней челюсти*. Должен оставаться в полости рта в течение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ согласно плану лечения
2. *Несъемный ретейнер* (проволочная шина на внутренней поверхности передних зубов) на *нижней челюсти.* Согласно плану лечения должен оставаться в полости рта весь срок, в течение которого Вы хотите быть уверены в сохранении ровности передних нижних зубов.
3. *Съемный ретенционный аппарат* (пластинка, капа) на *верхнюю челюсть* для ночного ношения.

Должен использоваться в стандартном режиме: первый год – 8 часов в сутки (ночь), еще полгода – через ночь, еще полгода – 2 раза в неделю, после 2 лет – 1 раз в неделю для контроля (если ощущается значимое давление на зубы при установке ретейнера, значит, они слегка сместились, тогда ретенционный аппарат оставляется на ночь, если давления нет – не одевается, контроль осуществляется снова через неделю).

В случае компромиссного результата, когда не достигнута полная коррекция прикуса (*подчеркнуть весь абзац, если в данном случае так*), съемный ретенционный аппарат на верхнюю челюсть должен применяться каждую ночь весь срок, в течение которого Вы хотите быть уверены в сохранении ровности верхних зубов и эстетики улыбки.

1. *Съемная ретенционная капа* на передние зубы *нижней челюсти*. Предназначена для ночного ношения только в случае поломки нижнего несъемного ретейнера и(или) при обнаружении неблагоприятных изменений положения нижних передних зубов – до обращения к врачу.

**Обязанности** **пациента в ретенционном периоде:**

1. Регулярно носить **съемные** ретейнеры в указанном выше режиме. В случае значительных перерывов в ношении съемных ретенционных аппаратов возможно изменение положения зубов, ухудшение эстетики улыбки и прикуса. Установка аппарата может быть невозможна после перерыва из-за этих перемещений (аппарат не подходит к новой ситуации, не одевается). В таком случае требуется изготовление нового ретенционного аппарата, а иногда и повторное ортодонтическое лечение по действующему на данный момент прейскуранту. Ретенционный аппарат не может не подходить (не одеваться) при условии его регулярного ношения, также как и зубы не могут значимо изменить свое положение при условии регулярного использования ретенционного аппарата в должном режиме.
2. Съемные ретейнеры обязательно брать с собой в поездки длительностью более одного дня.
3. В случае поломки или потери любого ретенционного аппарата необходимо срочно обратиться в клинику.
4. Каждый день при вечерней чистке зубов необходимо обращать внимание на целостность несъемных ретейнеров. Если у Вас возникли подозрения, что верхний или нижний ретейнер сломан или отклеился в области хотя бы одного зуба (ощущается металл проволоки, подвижность и тд.), необходимо начать использование съемного ретенционного аппарата на данную челюсть в течение не менее 12 часов в сутки и срочно записаться на прием к ортодонту в нашу клинику. На прием необходимо принести съемные ретенционные аппараты. Так же необходимо поступить, если при периодических самостоятельных осмотрах у Вас возникнут подозрения на наличие неблагоприятных изменений положения зубов (повороты, щели и тд.) или прикуса.
5. Необходимо осуществлять хорошую гигиену несъемных ретейнеров с использованием стандартных средств гигиены и Super Floss (специальной зубной нити). Ретейнеры затрудняют гигиену внутренней поверхности зубов и межзубных промежутков, при недостаточной гигиене возможно появление налета и твердых зубных отложений, воспаление десны, запах изо рта и кровоточивость десен. Один раз в 6 месяцев необходимо проводить профессиональную гигиену зубов в клинике в целях профилактики вышеуказанных осложнений.

**Гарантии.**

 Гарантийный срок на ретейнеры составляет 3 месяца с момента их установки. Это означает, что в течение данного срока ретейнеры ремонтируются бесплатно в случае их поломки, если в этом нет вины пациента. В случае наличия вины пациента, а также по истечении указанного гарантийного срока починка (замена) ретенционных аппаратов производится по действующему на данный момент прейскуранту. Срок службы несъемных ретейнеров составляет 5-7 лет, съемных кап – 1 год, съемных пластинок – 3-5 лет.

**3 этап – Диспансерное наблюдение —профосмотры каждые пол года.**

Если исправление прикуса происходило во взрослом возрасте, диспансерное наблюдение необходимо в течение минимум 5 лет. После окончания ортодонтического лечения необходимо выполнять все рекомендации врача, чтобы предотвратить рецидив.

4.Стоимость услуги устанавливается в соответствии с утвержденным прейскурантом цен, действующим на момент оказания услуги. Если в процессе лечения возникнет необходимость применения дополнительного аппаратурного лечения, то дополнительная аппаратура и дополнительные работы оплачиваются отдельно согласно прейскуранту на момент оказания услуги. Ретенционный аппарат оплачивается отдельно согласно прейскуранту на момент изготовления аппарата.

Мне в доступной форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные осложнения, а так же предполагаемые результаты лечения.

Мне известны все варианты лечения, и я понимаю все преимущества и недостатки выбранного мной метода применительно к моему случаю.

Доктор предупредил меня, что ортодонтическое лечение предполагает **следующие риски:**

* Стоматологическое вмешательство может привести к потертостям или трещинам в области углов рта в течение нескольких дней, герпетическому стоматиту. Это тоже пройдет без всякого лечения.
* Привыкание к несъемной 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.
* При лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз), обусловленные скрытыми очагами инфекции, неудовлетворительным эндодонтическим лечением. В этом случае я согласен проводить комплексное лечение у врача-стоматолога терапевта и врача-стоматолога пародонтолога. Необходимое лечение оплачивается дополнительно.
* В период адаптации возможно раздражение слизистой оболочки полости рта, болезненность зубов, нарушение дикции, затрудненный прием пищи.
* В случае неправильно сформированного десневого края, после завершения лечения могут появляться "черные треугольники", требующие хирургической коррекции в будущем за отдельную плату;
* Существует вероятность отклеивания ретейнера в результате сильного механического воздействия. При такой ситуации необходимо в самое ближайшее время записаться к врачу, для повторной фиксации ретейнера, чтобы избежать перемещения, отклонения зубов (рецидива лечения)

Я проинформирован, что в процессе ношения ретейнера есть вероятность возникновения следующих осложнений:

* возникновение аллергических реакций на компоненты ортодонтической аппаратуры (может потребоваться снятие системы без возврата уплаченных средств);
* деминерализация эмали, кариес,
* поврежения слизистой оболочки полости рта элементами ортодонтических конструкций, гингивит.

Понимаю, что курение и/или приём алкоголя могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления и уменьшить вероятность успеха лечения.

Доктор разъяснил мне, что невозможно предугадать и перечислить полный список возможных осложнений лечения так как, они могут быть связаны с индивидуальными особенностями моего организма.

Врач объяснил мне, что в случае отказа от предложенного лечения, мое стоматологическое здоровье будет ухудшаться. Это может повлечь возникновение нижеследующих (а возможно – и не только) факторов риска для здоровья:

- кариес

- поражение опорного аппарата зубов (пародонта), проявляющееся воспалением околозубных тканей, гноетечением, припухлостями, болями, инфекцией, абсцедированием, формированием кист, подвижностью зубов и их последующей потерей, проявлением промежутков между зубами (нарушение внешнего вида);

- нарушение окклюзии (смыкания зубов), связанное с этим ухудшение функции зубных рядов, преждевременная потеря зубов и/или костной ткани;

- нарушения в деятельности жевательных мышц;

- поражение височно-нижнечелюстных суставов с нарушением их функции и возможно болевым синдромом;

- нарушение носового дыхания, речи и моего внешнего вида в целом.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Мне сообщено и понятно, что:

1. я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств,
2. диагноз может уточняться в процессе лечения вследствие сопутствующих обстоятельств или появления противопоказаний;
* намеченный план лечения может быть скорректирован в зависимости от индивидуальной ситуации (в связи с чем общая стоимость Услуги может быть увеличена), о чем меня заблаговременно уведомит врач;

Я осознаю, что за незаконченное лечение врач и клиника ответственности не несет.

Я одобряю рекомендованное мне лечение, понимаю, что преимущества предлагаемого лечения значительно превышают возможные осложнения в случае отказа от лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел (а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Объяснение доктором всех деталей удовлетворило меня.

**Рекомендован контрольный осмотр у ортодонта через \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пациент (его законный представитель) ознакомлен с особенностями ухода за зубами после снятия брекетов, правилами ношения и ухода за ретенционными аппаратами, обязанностями в ретенционном периоде, гарантиями, удовлетворен результатом лечения согласно плану лечения (при плановом завершении) или понимает причину недостижения запланированного результата (при неплановом завершении), задал все интересующие вопросы и получил ответы.**

Я разрешаю использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности без показа лица и указания моего имени и фамилии.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

***Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства съемное протезирование***

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ уполномочиваю врача-стоматолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_провести протезирование зубов съемными протезами. Этот документ содержит также 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 протезирования.

Доктор рассказал мне, что лечение включает в себя покрытие некоторых зубов искусственными коронками и замещение отсутствующих зубов искусственными, находящимися на специальном ложе - базисе, который соединен по небу или под языком специальной пластиной иди дугой из кобальтохромового сплава. Доктор объяснил, что это и есть съемный протез. Посредством специальных устройств на протезах - замками или кламмерами (крючками) съемные протезы будут удерживаться за зубы, Цель наложения коронок на некоторые зубы - защитить зубы, на которые будут надеваться кламмера от механических повреждений, или удерживать несъемную часть замкового соединения. Как правило, для удержания съемного протеза на замках используется не менее двух зубов (изготавливаются слитно друг с другом). Доктор объяснил мне причину этого. Доктор показал мне фотографии и картинки аналогичных протезов и я понял их устройство.

На обточенные зубы надевают временные пластмассовые коронки, которые приклеивают на временный цемент, и они будут служить до изготовления постоянных коронок. Как только обе части (съемная и несъемная) будут изготовлены, они должны быть сразу же наложены, так как временные коронки не выполняют полностью тех функций, которые должны выполнять постоянные коронки.

Доктор проинформировал меня о том, что все мои пожелания по поводу размера, цвета в формы моих зубных протезов я должен буду высказать до приклеивания несъемной части на постоянный цемент, потому что после постоянной фиксации протезов изменить что-либо будет невозможно.

Альтернатива. Альтернативой являются протезы на имплантантах. Доктор объяснил мне преимущества и недостатки этих видов протезирования.

Доктор предупредил меня, что любое лечение у любого врача, любого заболевания связано с определенным риском. В частности, в стоматологической практике встречаются следующие риски.

Реакция на обезболивание. Чтобы мне было комфортно при обработке моих зубов, мне будет сделано местное обезболивание. Доктор меня предупредил, что в очень редких случаях может возникнуть аллергическая реакция на обезболивающее лекарство, которая может потребовать неотложной медицинской помощи. Обезболивающие средства могут также временно вызывать сонливость и ухудшение координации. Доктор меня проинформировал, что после стоматологического вмешательства нужно быть осторожным при управлении машинами и механизмами, в том числе автомобилем.

Раздражение нервных тканей. Доктор предупредил, что при обтачивании живых зубов может возникнуть раздражение нерва, который находится в центре зуба. При этом зуб становится чувствительным к механической нагрузке, к холодному, горячему, кислому, сладкому. Лечение такой реакции сводится к покрытию зуба специальным составом, покрытию этого зуба временной коронкой или защитным колпачком. Если это не помогает, то придется удалить нерв и запломбировать корневые каналы (за отдельную плату).

Болевые ощущения в суставе. Так как в течение лечения я буду долго держать свой рот открытым, то после посещения в течение нескольких дней могут быть трудности при открывании и закрывании рта и боль в височно-челюстных суставах. Доктор предупредил меня об этом, и о том, что это осложнение обычно проходит само по себе.

Изменения прикуса. Коронки и съемные протезы могут немного изменить путь смыкания верхней и нижней челюстей. Это может потребовать избирательного пришлифовывают бугров зубов - антагонистов с их последующим покрытием специальным составом.

Изменения в десне. Так как нижняя часть коронки обычно погружается в десневой карман, то появляется шанс раздражения десневого края. Доктор проинформировал, что тщательная чистка зубов, использование зубочисток и зубных нитей дома, регулярные медицинские осмотры у лечащего доктора помогут снизить риск возникновения этих проблем.

Коррекция съемного протеза. Доктор проинформировал меня о том, что в первые дни после наложения протезов на десне могут появиться натертости. Для этого необходимо протез снять, позвонить доктору, договориться с ним о визите, и надеть протез за 1 час до визита к доктору, чтобы было видно - где натерта слизистая оболочка. Обычно через 3-4 посещения и подтачивания краев протеза это осложнение проходит.

Доктор проинформировал меня о том, как я должен (должна) буду соблюдать гигиену полости рта и ухаживать за моими протезами. Доктор проинформировал меня и о диете, которую мне необходимо будет соблюдать.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

***Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства культевые вкладки***

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ уполномочиваю врача-стоматолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ провести протезирование зубов ко­ронками и мостами с использованием культевых вкладок. Этот документ содержит также 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 протезирования.

Доктор разъяснил мне, что культевыми вкладками восстанавливается сильно разрушенная или отсутствующая коронковая часть зуба (часть зуба, располагающаяся над десной ). В каждом конкретном случае возможность лечения культевыми вкладками доктор определяет исходя из данных рентгенограммы, состояния окружающих тканей зуба, исто­рии болезни и др.

Осложнениями при лечении культевыми вкладками являются перелом корня (корней) зуба, обострение хрони­ческих процессов в окружающих зуб тканях. Я понимаю, что при лечении культевыми вкладками никакой гарантии успешного лечения нет и не может быть дано.

Альтернативой лечению культевыми вкладками является удаление зуба, которое, соответственно, влечет за собой изменение конструкции или вида протеза.

Доктор предупредил меня, что лечение любого заболевания у любого врача, связано с определенным риском, в частности, в стоматологической практике встречаются следующие риски.

Реакция на обезболивание. Чтобы мне было комфортно при обработке моих зубов, мне будет сделано местное обезболивание. Доктор меня предупредил, что в очень редких случаях может возникнуть аллергическая реакция на обез­боливающее лекарство, которая может потребовать неотложной медицинской помощи. Обезболивающие средства могут также временно вызвать сонливость и ухудшение координации. Доктор меня предупредил, что после стоматологическо­го вмешательства нужно быть осторожным при управлении машинами и механизмами, в том числе и автомобилем.

Болевые ощущения в суставе. Так как в течении лечения я буду долго держать рот открытым, то после посещения в течение нескольких дней могут быть трудности при открывании и закрывании рта и боль в височно-челюстных суста­вах. Доктор предупредил меня об этом, и о том, что это осложнение обычно проходит само по себе.

Стоматологическое вмешательство может привести к потертостям или трещинам в области углов рта в течение нескольких дней. Это тоже пройдет без всякого лечения.

Последствия отказа от лечения. Если я отказываюсь от предлагаемого лечения, то проблемы, связанные с пораже­нием и отсутствием зубов будут развиваться дальше. Это приведет к дальнейшему разрушению и преждевременной утрате зубов, к деформации зубных рядов, к перераспределению жевательного давления на другие зубы и их функцио­нальную перегрузку, к неправильной работе височно-челюстных суставов и к патологическим изменениям в них.

Неправильная форма разрушенного зуба может также вызвать преждевременную утрату кости вокруг него.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задать интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим докумен­том и влечет для меня правовые последствия.

**Дополнительная информация**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

***Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства несъёмное протезирование***

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_уполномочиваю врача-стоматолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_провести протезирование зубов коронками и мостами. Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог(могла) либо отказаться от него, либо дать своё согласие на проведение данного протезирования.

Доктор разъяснил мне происхождение данной патологии и способы выполнения предложенного лечения, наиболее часто используемые в общемедицинской практике.

Цель зубного протезирования - восстановление жевательной эффективности, предупреждение развития челюстно-лицевых деформаций и заболеваний височно-челюстных суставов, восстановление внешнего вида и психоэмоционального состояния пациента.

Доктор рассказал мне, что лечение включает в себя покрытие зубов искусственными коронками и замещение отсутствующих зубов искусственными. Искусственные коронки своими краями погружаются под десну. Цель наложения коронок - защитить зубы, сильно повреждённые кариесом от новых поражений, защитить ослабленные зубы, которые подвергались лечению корневых каналов, или использовать зубы в качестве опоры промежуточной части протеза, или и то, и другое, и третье, вместе взятое.

Лечение состоит из нескольких этапов, включающих в себя обтачивание зубов, снятие слепков, промежуточных примерок, и завершение лечения, включающее примерку готового изделия и фиксацию сначала на временный цемент, а затем, через срок, определённый доктором, на постоянный цемент.

Цель обтачивания зубов под коронки - удаление части зубных тканей на толщину материала, из которого изготовлена коронка. Зуб обтачивается со всех сторон, а также под десной, чтобы коронка полностью закрывала зуб.

На обточенные зубы надевают временные пластмассовые коронки или защитные колпачки, которые приклеивают на временный цемент, и они будут служить до изготовления постоянных коронок. На изготовление временных коронок потребуется в среднем 24 часа. Как только постоянные коронки будут изготовлены, они должны быть сразу же наложены и зафиксированы, так как временные коронки (защитные колпачки) не выполняют полностью тех функций, которые должны выполнять постоянные коронки. Затягивание с наложением постоянных коронок может привести к заболеваниям обточенных зубов, заболеваниям дёсен, проблемам с моим прикусом. Коронки и мосты фиксируются только тогда, когда правильно подобраны их размер, цвет и форма. Доктор проинформировал меня о том, что все мои пожелания по поводу размера, цвета и формы моих зубных протезов я должен(должна) буду высказывать до приклеивания этих протезов на постоянный цемент, потому что после постоянной фиксации протезов изменить что-либо невозможно.

Альтернатива. Альтернативное лечение включает в себя изготовление специальных вкладок на поражённые зубы и изготовление искусственных зубов с опорами на эти вкладки, изготовление съёмных протезов вместо отсутствующих зубов. Альтернативой являются протезы на имплантах. Доктор объяснил мне преимущества и недостатки этих видов протезирования, я выбираю несъёмное протезирование.

Доктор предупредил меня, что любое лечение у любого врача, любого заболевания связано с определённым риском. В частности, в стоматологической практике встречаются следующие риски.

Реакция на обезболивание. Чтобы мне было комфортно при обработке моих зубов, мне будет сделано местное обезболивание. Доктор меня предупредил, что в очень редких случаях может возникнуть аллергическая реакция на обезболивающее лекарство, которая может потребовать неотложной медицинской помощи. Обезболивающие средства могут также временно вызывать сонливость и ухудшение координации. Доктор меня проинформировал, что после стоматологического вмешательства нужно быть осторожным при управлении машинами и механизмами, в том числе автомобилем.

Доктор предупредил меня, что в зубах, на которые будут надеты коронки, возможно удаление нерва и пломбирование каналов. Это может быть до обтачивания зубов (по показаниям, которые определит доктор), а может быть после обтачивания, если зуб будет сильно чувствительным к холодному, кислому и другим раздражителям.

Доктор мне объяснил, что это может быть связано с индивидуальной чувствительностью моих зубов. Я понимаю, что необходимое лечение зуба проводится за отдельную плату.

Болевые ощущения в суставе. Так как в течение лечения я буду долго держать свой рот открытым, то после посещения врача несколько дней могут возникнуть трудности при открывании и закрывании рта и боль в височно-челюстных суставах. Доктор предупредил меня об этом, и о том, что это осложнение обычно проходит само по себе.

Стоматологическое вмешательство может привести к потёртостям или трещинам в области уголков рта в течение нескольких дней. Это тоже пройдёт без всякого лечения.

Изменение прикуса. Коронки и мосты могут немного изменить путь смыкания верхней и нижней челюстей. Это может потребовать избирательного пришлифовывания бугров зубов на противоположенной челюсти с их последующим покрытием специальным составом.

Изменения в десне. Так как нижняя часть коронки обычно погружается под десну, то появляется шанс раздражения десневого края. Доктор проинформировал, что тщательная чистка зубов, использование зубочисток, зубных нитей дома, регулярные медицинские осмотры у лечащего доктора помогут снизить риск возникновения этих проблем.

Последствия отказа от лечения. Если я отказываюсь от предлагаемого лечения, то проблемы, связанные с поражением и отсутствием зубов будут развиваться дальше. Это приведет к дальнейшему разрушению и преждевременной утрате зубов, к деформации зубных рядов, к перераспределению жевательного давления на другие зубы и их функциональную перегрузку, к неправильной работе височно-челюстных суставов и к патологическим изменениям в них.

Неправильная форма разрушенного зуба может также вызвать преждевременную утрату кости вокруг него. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел(имела) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

# *Добровольное информированное согласие пациента на проведение профессиональной гигиены полости рта*

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

даю добровольное информированное согласие на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство по поводу диагноза: K05.1 Хронический гингивит, уполномочиваю провести данное медицинское вмешательство врача-стоматолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(лась) с предлагаемым лечением и, в соответствии со своей волей, мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Я информирован(а), что клинические рекомендации (протоколы лечения) при заболеваниях полости рта, утвержденные Решением Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России», регламентируют проведение профессиональной гигиены в качестве обязательного условия любого планового стоматологического вмешательства, а также в качестве неотъемлемой части курса лечения заболеваний пародонта и профилактической процедуры, предотвращающей развитие кариеса.

Я информирован(а), что после удаления зубных отложений возможно временное появление чувствительности зубов, дискомфорта во время приема пищи. Я также информирован(а) о том, что в результате очистки зубов от камня могут проявиться скрытые ранее под ним дефекты эмали – пористость, шероховатость, пятна, кариес; что станут более видимыми (ранее скрытые камнем), промежутки между зубами, особенно в пришеечной области вследствие нормальной трапециевидной формы зубов. Я информирован(а) о невозможности причинения вреда эмали зубов ( возникновении кариеса и дефектов эмали ) при чистке ультразвуком. Я проинформирован(а) о возможных осложнениях во время и непосредственно после проведения профессиональной гигиены полости рта, какими могут быть:

* воспаление слизистой оболочки полости рта и маргинального края десны;
* покраснение или трещины в области углов рта, связанные с ретракцией (оттягиванием) губ инструментами для обеспечения доступа к зубу. Обычно проходят бесследно и без лечения в течение нескольких дней;
* тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше, и проходит самостоятельно.

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/ здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Я подтверждаю, что поставил(а) врачей в известность обо всех моих проблемах со здоровьем в прошлом и настоящем, обо всех острых и хронических заболеваниях, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарств, а также злоупотреблении алкогольными и/или наркотическими препаратами.

Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения консервативного лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных. Я согласен(а) и разрешаю врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся профессиональной гигиены полости рта. 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 процедуры, либо дать свое согласие.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

***Информированное добровольное согласие на лечение кариеса зубов прямой реставрацией***

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО гражданина или его законного представителя

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации гражданина или законного представителя

Проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения, проживающего по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

полностью соглашаюсь с тем, что реставрацию зуба (зубов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ будет проводить врач

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО

***Я проинформирован (а)*** в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

 ***Врач обосновал*** необходимость проведения прямой реставрации. Я ознакомлен (а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом реставрации.

***Мне сообщена, разъяснена*** врачом-стоматологом и понятна информация о сути лечения, которое предусматривает механическое удаление тканей зуба, пораженных кариесом с последующим замещением образовавшегося дефекта и восстановлением анатомической формы и функции зуба пломбировочным материалом.

***Последствиями отказа*** от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; дальнейшее разрушение зуба; развитие осложнений; появление или усиление боли; потеря зуба; эстетический дефект, нарушение общего состояния организма.

***Мне названы и со мной согласованы:*** технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. В случае повышения стоимости лечащий врач предупредит меня и обоснует это.

Врач проинформировал меня о праве получения бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий ОМС.

***Я ознакомлен с альтернативными методами лечения***: постановка пломбы (из стеклоиономерного цемента или композитного материала химического отверждения); изготовление вкладки; изготовление накладки или винира; изготовление коронки; отсутствие лечения вообще.

 Мне понятно, что перечисленные выше методы непрямой реставрации предполагают массивную обработку коронковой части зуба. ***Предложенное лечение*** (прямая реставрация) поможет мне сберечь зуб и получить желаемый эстетический результат. При этом я понимаю, что реставрация зуба – это своего рода вмешательство в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических процессов, поскольку полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата.

***Мне разъяснено***, что в процессе препарирования зуба (удаления пораженных тканей с помощью бора), может измениться диагноз и тактика лечения. Я понимаю, что окончательный вариант реставрации зуба выбирается только после удаления старых пломб и разрушенных тканей зуба

***Я предупрежден (а)***, что ликвидация разрушенных тканей зуба, а также удаление старых, несостоятельных пломб может привести к вскрытию полости зуба. В этом случае могут потребоваться дополнительные манипуляции, например – эндодонтическое лечение (лечение каналов зуба), о чем я буду поставлен в известность.

***Я проинформирован(а) о возможных осложнениях во время и непосредственно*** после реставрации зуба, какими могут быть: воспаление слизистой оболочки полости рта и маргинального края десны; развитие осложнения в случае токсического действия фотополимерного композита на пульпу зуба.

***Врач понятно объяснил мне те осложнения***, которые могут произойти **в *отдаленные сроки***, во время пользования реставрированными зубами: частичный скол реставрации; появление чувствительности на механические, температурные и химические раздражители; изменение первоначального цвета реставрации; нарушение краевого прилегания пломбы в виде появления видимой границы между краем зуба и пломбой; полный или частичный отлом коронки реставрированного зуба.

***Я отдаю себе отчет***, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

***Я предупрежден о том, что окончательная оценка*** эстетической составляющей реставрации возможна не ранее, чем через 2-3 дня после лечения. Врач объяснил мне причины этого. В связи с этим, я проинформирован, что через 2-3 дня я должен прийти на повторный осмотр с целью окончательной коррекции и полировки реставрации.

***Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.***

***Необходимым условием*** для предоставления гарантии является точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача, обеспечение необходимого уровня гигиены полости рта, а также прохождение пациентом профилактических осмотров.

Поэтому я понимаю необходимость контрольных осмотров согласно предложенного графика (обговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

***Врач поставил меня в известность***, что **каждые \_\_\_\_ месяца(ев**) мне необходимо являться на контрольные осмотры для проверки состояния реставрации и проведения, при необходимости, полировки реставрации, а также профессиональной гигиены полости рта, которая оплачивается дополнительно. В случае неявки гарантийный срок на услугу аннулируется.

***Я обязуюсь*** выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

***Я предупрежден (а)***  о необходимости исключить механическое воздействие на реставрации твердыми предметами (семечки, орехи, кости и т.д.), а также о том, что чрезмерное употребление продуктов с естественными красителями (чай, кофе, красное вино и т.д.) и курение могут изменить цвет реставрации.

Я полностью проинформирован о том, что при всем многообразии тонов современных стоматологических материалов и использовании технологии послойного моделирования цвета реставрируемого зуба, невозможно добиться полного совпадения цвета здорового и восстановленного зуба. Причем, при разном освещении цветовое отличие может проявляться в большой или меньшей степени, что связано со свойствами различных по плотности физических тел.

 ***Мне понятно***, что всё, связанное с цветом зубов является косметическим элементом терапевтического лечения, субъективно по восприятию, имеет свои пределы и не может служить основанием для оценки качества стоматологической помощи в целом.

***Мне известно***, что указанное заболевание имеет хроническую форму, и по оказании медицинской помощи может произойти улучшение состояния, но не может быть гарантировано полное выздоровление. Я проинформирован(а) о возможности возникновения новых кариозных полостей на поверхностях зуба, ранее не подвергавшихся лечению, что не связано с выполненной реставрацией.

***Мне было разъяснено*** значение всех медицинских терминов, упоминавшихся в данном документе. Я даю разрешение делать инъекции лекарственных препаратов, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

***Я согласен(а)*** на применение местной анестезии, а также осведомлен(а) о возможных осложнениях во время местной анестезии и при приеме лекарственных средств.

***Мною были заданы*** все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

***Я ознакомлен(а)*** с прейскурантом на стоматологическое лечение в клинике и готов(а) оплатить весь объем указанных услуг.

***Я удостоверяю*** своей подписью следующие факты:

 - данный документ мною внимательно изучен и мне полностью понятен;

 - я понимаю назначение данного документа;

 - я подтверждаю свое согласие на лечение с учетом названных обстоятельств.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

(фио гражданина, или его законного представителя контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись (фио гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись (фио медицинского работника)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_г.

***Информированное добровольное согласие на лечение кариеса зубов***

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО гражданина или его законного представителя

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации гражданина или законного представителя

Проживающий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года .рождения, проживающего по адресу

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

полностью соглашаюсь с тем, что лечение кариеса зуба (зубов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ будет проводить врач

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО

***Я проинформирован (а)*** в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания и настоящим подтверждаю, что получил (а) детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения.

***Врач обосновал*** необходимость лечения кариеса зубов. Я ознакомлен (а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения кариеса.

***Мне сообщена, разъяснена*** врачом-стоматологом и понятна информация о сути лечения, которое предусматривает механическое удаление тканей зуба, пораженных кариесом с последующим замещением образовавшегося дефекта пломбировочным материалом.

***Мне названы и со мной согласованы*** технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

***Последствиями отказа*** от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; дальнейшее разрушение зуба; развитие осложнений; появление или усиление боли; потеря зуба; эстетический дефект, нарушение общего состояния организма.

Врач проинформировал меня о праве получения бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий ОМС.

***Я ознакомлен с альтернативными методами лечения***:

* эстетическая реставрация фотокомпозитом;
* изготовление вкладки;
* изготовление накладки или винира
* изготовление коронки;
* отсутствие лечения вообще.

 ***Мне понятны*** принципиальные отличия перечисленных методик и выбранного мною метода лечения. При этом я понимаю, что лечение кариеса зуба – это своего рода вмешательство в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических процессов, поскольку полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата.

***Мне разъяснено***, что в процессе препарирования зуба (удаления пораженных тканей с помощью бора), может измениться диагноз и тактика лечения. Я понимаю, что окончательный вариант реставрации зуба выбирается только после удаления старых пломб и разрушенных тканей зуба. Выбор метода реставрации зависит от объема разрушений зуба.

***Я предупрежден (а)***, что ликвидация разрушенных тканей зуба, а также удаление старых, несостоятельных пломб может привести к вскрытию полости зуба. В этом случае могут потребоваться дополнительные манипуляции, например – эндодонтическое лечение (лечение каналов зуба), о чем я буду поставлен в известность.

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

**Я проинформирован(а) о возможных осложнениях во время** и непосредственно после лечения кариеса зуба, какими могут быть:

* воспаление слизистой оболочки полости рта и маргинального края десны;
* покраснение или трещины в области углов рта, связанные с ретракцией (оттягиванием) губ инструментами для обеспечения доступа к лечимому зубу. Обычно проходят бесследно и без лечения в течение нескольких дней;
* тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше, и проходит самостоятельно.

***Врач понятно объяснил мне те осложнения***, которые могут произойти в последующем во время пользования реставрированными зубами:

* Частичный скол пломбы.
* Появление чувствительности на механические, температурные и химические раздражители;
* Нарушение краевого прилегания пломбы в виде появления видимой границы между краем зуба и пломбой.

***Я отдаю себе отчет***, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

***Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.***

***Необходимым условием*** для предоставления гарантии является точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача, обеспечение необходимого уровня гигиены полости рта, а также прохождение пациентом профилактических осмотров.

Поэтому я понимаю необходимость контрольных осмотров, согласно предложенного мне графика (обговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

***Врач поставил меня в известность***, что каждые \_\_\_ месяцев мне необходимо являться на контрольные осмотры для проверки состояния реставрации и проведения, при необходимости, полировки реставрации, а также профессиональной гигиены полости рта, которая оплачивается дополнительно. В случае неявки гарантийный срок на услугу аннулируется.

***Я обязуюсь*** выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

***Я предупрежден (а)***  о необходимости исключить механическое воздействие на реставрации твердыми предметами (семечки, орехи, кости и т.д.), а также о том, что чрезмерное употребление продуктов с естественными красителями (чай, кофе, красное вино и т.д.) и курение могут изменить цвет реставрации.

***Мне известно***, что указанное заболевание имеет хроническую форму, и по оказании медицинской помощи, может произойти улучшение состояния, но не может быть гарантировано полное выздоровление. Я проинформирован(а) о возможности возникновения новых кариозных полостей на поверхностях зуба, ранее не подвергавшихся лечению, что не связано с выполненной реставрацией.

***Я обязуюсь*** выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

***Мне было разъяснено*** значение всех медицинских терминов, упоминавшихся в данном документе. Я даю разрешение делать инъекции лекарственных препаратов, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

***Я согласен(а)*** на применение местной анестезии, а также осведомлен(а) о возможных осложнениях во время местной анестезии и при приеме лекарственных средств.

***Я подтверждаю***, что поставил(а) врачей в известность обо всех моих проблемах со здоровьем в прошлом и настоящем, обо всех острых и хронических заболеваниях, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарств, а также злоупотреблении алкогольными и/или наркотическими препаратами.

 ***Мною были заданы*** все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

***Я удостоверяю*** своей подписью следующие факты:

 - данный документ мною внимательно изучен и мне полностью понятен;

 - я понимаю назначение данного документа;

 - я подтверждаю свое согласие на лечение с учетом названных обстоятельств.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

***Информационное согласие на лечение корневых каналов зуба***

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО гражданина или его законного представителя

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации гражданина или законного представителя

Проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В тношении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года .рождения, проживающего по адрес:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Доктор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (ФИО доктора)

сообщил, что мне показано лечение корневых каналов зуба (зубов) \_\_\_\_\_\_\_

Доктор разъяснил мне причину возникновения заболевания, метод и способ выполнения предложенного лечения, преимущество лечения корневых каналов перед удалением зуба и последствия, которые могут наступить при отказе от предложенного лечения, включая перечисленные ниже и другие возможные осложнения:

1. Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит препараты, если сочтет это нужным.

2. Покраснение или трещины в области углов рта, связанные с ретракцией (оттягиванием) губ инструментами для обеспечения доступа к лечимому зубу. Обычно проходят бесследно и без лечения в течение нескольких дней.

3. Отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше.

4. Тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше.

5. Частота неудач составляет 5-10% (при неудаче может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки или удаление зуба).

6. Переломы инструментов во время лечения корневого канала, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченном канале или может потребоваться их хирургическое удаление.

7. Перфорация корневого канала инструментами, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению.

8. Преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего пародонтита.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки, в срок указанный лечащим врачом, но не позднее 3 месяцев.

Я понимаю, что **через\_\_\_\_\_месяца(ев)** я должен прийти на повторный осмотр для того, чтобы доктор мог оценить результаты лечения корневых каналов.

Я понимаю, что при лечении корневых каналов гарантируется только выполнение современных эндодонтических технологий. При условии гомогенного пломбирования корневых каналов предельно близко (менее 2 мм) к рентгенологической верхушке, риск патологии верхушечного периодонта существенно сокращается.

При лечении корневых каналов возможны вероятные осложнения, которые обусловлены индивидуальной реакцией организма человека и непредвиденными факторами.

Я понимаю, что при повторном эндодонтическом лечении ранее леченных каналов, не всегда начатое лечение может быть завершено. Это связано с особенностями ранее проведенного лечения, характеристиками ранее примененного пломбировочного материала.

Оплата повторного эндодонтического лечения (распломбировка канала) проводиться не зависимо от результата лечения.

На все мои вопросы доктор ответил, и полностью понял все, о чем сказано выше в этой согласительной

форме.

(фио гражданина, или его законного представителя контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись (фио гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись (фио медицинского работника)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_г.

***Информированное согласие на проведение***

***медицинского вмешательства***

***ПАРОДОНТОЛОГИЯ***

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО гражданина или его законного представителя

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации гражданина или законного представителя

Проживающий по адресу

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

В отношении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, проживающего по

адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Доктор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (ФИО доктора)

 предоставил мне подробную информацию о состоянии полости рта и указал на необходимость лечения заболевания пародонта. Последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирование заболевания, которое может сопровождаться увеличением кровоточивости, болевым симптомом, подвижностью, смещением, а так же потерей зубов. Кроме того, я осведомлен(а), что наличие воспалений, гнойных процессов в деснах оказывает отрицательное влияние на другие органы и системы организма и может стать причиной общих заболеваний.

В результате комплексного лечения, возможно, остановить или приостановить дальнейшее прогрессирование заболеваний пародонта.

Результат зависит от:

-проведенного обследования: рентгенологического, компьютерного, лабораторного, консультации специалистов-стоматологов и врачей других специальностей (обследование может быть назначено в зависимости от стадии заболевания);

* полного (комплексного) курса лечения;
* соблюдения гигиены полости рта;
* выполнения назначений врача в домашних условиях;
* проведения периодических осмотров (по рекомендации врача);
* регулярной профессиональной гигиены полости рта;
* общего состояния организма (заболевания органов и систем, стрессы, вредные привычки, неблагоприятное влияние внешней среды);

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии, при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) доктора о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и пищевым продуктам.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным Согласием и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

(фио гражданина, или его законного представителя контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись (фио гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись (фио медицинского работника)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_г.

***Информационное согласие***

***на проведение медицинского вмешательства***

***РЕСТАВРАЦИЯ***

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_уполномачиваю

врача-стоматолога\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_провести реставрацию зубов. Этот документ содержит

также 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 проинформирован, что для реставрации могут быть использованы следующие методы:

* прямая реставрация (пломба) композиционным материалом фотополимерного отверждения;
* непрямые реставрации, выполненные в зуботехнической лаборатории:
* вкладки;
* накладки;
* виниры;
* коронки.

Метод реставрации зависит от моего желания и клинических показаний: вид прикуса и степень разру­шения зуба. Доктор подробно разъяснил, почему мне выбран данный метод реставрации.

Прямая адгезивная реставрация (пломба) - это стоматологическая методика, которая включает в себя удаление пораженных участков тканей зуба с помощью бормашины и послойное заполнение и фиксация композита. Такие реставрации могут служить в течение нескольких лет, но они уступают по прочности и сроку службы ортопедическим конструкциям.

Прямая адгезивная реставрация (пломба) предназначена, прежде всего, для эстетической реставрации зубов, но она может использоваться и в случае перелома зуба или замены изношенных или разрушенных пломб. После реставрации (пломбы) мои зубы будут покрыты специальным фторсодержащим составом, который продержится на них несколько дней и сам удалится от чистки зубов. Если это очень глубокие полости, то по усмотрению доктора, на их дно могут быть положены специальные прокладки для того, чтобы нервы зубов чувствовали себя комфортно.

Доктор проинформировал меня о том, что окончательную оценку эстетики реставраций (пломб) необхо­димо проводить через 2-3 дня после лечения. Доктор объяснил мне причину этого.

Доктор предупредил, что в некоторых случаях с очень глубокими поражениями при удалении омертвев­ших тканей зуба из кариозной полости может обнажиться хронический воспаленный нерв зуба. В этом случае, если доктор примет решение об удалении нерва и лечении корневых каналов, то я соглашусь на эндодонтическое лечение.

Иногда, после реставрации (пломбы) зуба ему становиться некомфортно. При этом зуб становится чувствительным к механической нагрузке, к холодному, горячему, кислому, сладкому. Доктор проинфор­мировал меня о причине этого явления и о том, что обычно это происходит за несколько дней. Если это не пройдет само по себе, то лечение такой реакции сводится к дополнительному покрытию зуба специаль­ным составом, понижающим его чувствительность. Для этого может потребоваться прийти к доктору несколько раз.

Я проинформирован о том, что по данным научной литературы патологические изменения в нерве зуба появляются уже тогда, когда кариес зуба еще находится в стадии пятна, поэтому нет никакой гарантии в том, что этот зуб больше никогда в моей жизни не заболит. Это редкое осложнение, но при его появлении я согла­шусь на эндодонтическое лечение за отдельную плату.

Болевые ощущения в суставе. Так как в течение лечения я буду долго держать свой рот открытым, то после посещения в течение нескольких дней могут быть трудности при открывании и закрытии рта и боль в височно-челюстных суставах. Доктор предупредил меня об этом, и том, что это осложнение обычно прохо­дит само по себе.

Недостатки прямых адгезивных реставраций:

1. Из-за несоблюдения гигиены полости рта, курения и потребления кофе и чая может происходить окрашивание композитов;

2. Долговечность композитов (период времени до их замены) невысока и составляет приблизительно 3-5 лет по сравнению с ортопедическими конструкциями.

3. Скол или перелом, которые могут быть при употреблении твердых продуктов, потребуют коррек­тировки или замены композита.

Так как изготовление вкладок и накладок происходит в течение нескольких дней, то в это время на подготовленные зубы будут наложены временные пломбы.

Я информирован(а) о том, что затягивать с наложением вкладок и накладок нельзя, так как временные пломбы не могут долго выполнять их функции. Это может привести к заболеваниям нервов подготовленных зубов, заболеваниям десен, проблемам с моим прикусом.

Доктор проинформировал меня о том, что все мои желания по поводу размера, цвета и формы моих вкладок и накладок, виниров я должен буду высказать до вклеивания их в зубы, потому что после постоянной их фиксации изменить что-либо будет невозможно (за исключением окончательной подгонки прикуса). Чтобы мне было комфортно при обработке моих зубов, мне будет сделано местное обезболивание. Доктор меня предупредил, что в очень редких случаях может возникнуть аллергическая реакция, а также временно вызывать сонливость и ухудшение координации. Доктор меня предупредил, что после стоматологического вмешательства нужно быть осторожным при управлении машинами и механизмами, в том числе автомобилем.

Доктор разъяснил мне, как ухаживать за зубами с реставрацией и понимаю, что **через\_\_\_месяца(ев)** я

должен прийти на повторный осмотр для того, чтобы доктор мог оценить результаты реставрации, провести полирование.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

***Информированное добровольное согласие на лечение корневых каналов зуба***

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО

полностью соглашаюсь с тем, что лечение корневых каналов зуба \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ будет проводить врач

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО

***Я проинформирован (а)*** в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания и настоящим подтверждаю, что получил (а) детальные объяснения в устной форме о необходимости лечения корневых каналов зуба (эндодонтическое лечение).

***Мне сообщена, разъяснена*** врачом-стоматологом и понятна информация о сути лечения: эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для дезинфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата.

Врач проинформировал меня о ***праве получения бесплатной*** медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий ОМС.

***Мне названы и со мной согласованы:***

* технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
* сроки проведения лечения;

***Я ознакомлен с альтернативными методами лечения***:

* удаление пораженного зуба (зубов);
* отсутствие лечения как такового.

***Мне разъяснено*** преимущество лечения корневых каналов перед удалением зуба и последствия, которые могут наступить при отказе от предложенного лечения

***Последствиями отказа*** от данного лечения могут быть

* прогрессирование заболевания;
* развитие инфекционных осложнений;
* появление либо нарастание болевых ощущений;
* потеря зуба;
* нарушение общего состояния организма.

***Врач понятно объяснил мне возможные осложнения лечения***, которые обусловлены индивидуальной реакцией организма человека и непредвиденными факторами:

1. Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач назначит препараты, если сочтет это нужным.

2. Покраснение или трещины в области углов рта, связанные с ретракцией (оттягиванием) губ инструментами для обеспечения доступа к лечимому зубу. Обычно проходят бесследно и без лечения в течение нескольких дней.

3. Отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше.

4. Тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше, и проходит самостоятельно.

5. Частота неудач составляет 5-10% (при неудаче может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки или удаление зуба).

6. Переломы инструментов во время лечения корневого канала, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченом канале или может потребоваться их хирургическое удаление.

7. Перфорация корневого канала инструментами, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба и удалению.

8. Преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего периодонтита.

***Я отдаю себе отчет***, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Несмотря на то, что эндодонтическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что это биологическая процедура, поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. При этом мне ***гарантировано*** проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

***Я осознаю,*** необходимость обеспечения с моей стороны хорошего уровня гигиены полости рта и понимаю, что через \_\_\_\_\_ месяцев я обязан пройти профилактический осмотр с целью своевременного обнаружения и устранения возможных осложнений.

***Я понимаю*** необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.

***Я понимаю***, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки, в срок указанный лечащим врачом, но не позднее 3 месяца.

***Мне было разъяснено*** значение всех медицинских терминов, упоминавшихся в данном документе. Я даю разрешение делать инъекции лекарственных препаратов, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, лечения, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

***Я согласен (а)*** на применение местной анестезии, а также осведомлен(а) о возможных осложнениях во время местной анестезии и при приеме лекарственных средств, а именно: аллергические реакции организма на медикаментозные препараты, обморок, коллапс, шок, травматизация нервных окончаний и сосудов, проявляющиеся потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

***Я подтверждаю***, что поставил (а) врачей в известность обо всех моих проблемах со здоровьем в прошлом и настоящем, обо всех острых и хронических заболеваниях, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарств, а также злоупотреблении алкогольными и/или наркотическими препаратами.

***Мною были заданы*** все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

***Я удостоверяю*** своей подписью следующие факты:

 - данный документ мною внимательно изучен и мне полностью понятен;

 - я понимаю назначение данного документа;

 - я подтверждаю свое согласие на лечение с учетом названных обстоятельств.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

***Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства***

***ИМПЛАНТОЛОГИЯ***

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

уполномочиваю врача-стоматолога\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_провести хирургическую

имплантацию искусственных титановых имплантов. Этот документ содержит всю необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать своё согласие на проведение данного лечения. Мой доктор тщательно обследовал мою полость рта и полностью проинформировал меня о всех преимуществах и недостатках данного метода, как наиболее подходящего мне в данной клинической ситуации. Так же мне объяснили альтернативные методы лечения: съемное и несъемное протезирование, но я выбрал(а) имплантацию. Я предупреждён(а) о сложностях и временных неудобствах, связанных с планируемой имплантацией. Я оставляю за врачом право на выбор типа необходимого мне импланта.

Я осведомлён(а) о возможных осложнениях во время анестезии (появление отёков и ограниченность в движении нижней челюстью) и при приёме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал (а) доктора о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам, пищевым продуктам и другим веществам.

Я был(а) предупреждён(а) о возможном риске или осложнениях операции. Эти осложнения могут быть в виде боли, отёка, инфекции и изменения цвета. Может появиться онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов, отсроченное заживление. Точная продолжительность лечения не может быть определена, так как может измениться.

Мой доктор объяснил мне, что не существует способа точно предсказать заживляющих способностей десны и костной ткани после проведения операции.

Мне объяснили, что в определённых случаях импланты не приживляются и требуют удаления. Я знаю и понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой; не может быть дано гарантий на результат лечения или операции.

Я понимаю, что курение, приём алкоголя могут повлиять на заживление десны и снижают успех лечения. Я понимаю, что хронические заболевания органов и систем повышают риск неприживаемости импланта по сравнению со здоровым человеком. В случае, если шансы на имплантацию очень низкие и я всё таки соглашаюсь на операцию, то ответственность за приживление импланта лежит полностью на мне.

Я предупреждён(а) о необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта не менее одного раза в квартал. Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с доктором и записанному в истории болезни).

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Объяснение доктором всех деталей удовлетворило меня.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

**Дополнительная информация**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

***Информированное согласие на хирургическое вмешательство***

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_уполномачиваю

врача-стоматолога\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_провести оперативное вмешательство. Этот документ

содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(ась) с предлагаемым лечением и мог (могла) отказаться от него, либо дать своё согласие на проведение оперативного вмешательства:

- резекция верхушки корня;

- остеопластика;

- гингивотомия;

- вестибулопластика;

- пластика уздечки;

- удаление зуба №

**Пародонтологические операции:**

-кюретаж закрытый;

-кюретаж открытый;

-лоскутная операция (с применением остеопластических материалов).

 Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии (появление отёков и ограниченность в движении нижней челюстью) и при приёме анальгетиков и антибиотиков.

 Я проинформировал(а) доктора о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

 Мой врач внимательно осмотрел меня и разъяснил необходимость проведения данной операции.

 Я был(а) предварительно проинформирован(а) о возможных осложнениях при любых хирургических операциях в полости рта.

 Осложнения включают в себя: боль, воспаление в послеоперационном периоде, могут возникнуть «припухлость» (отёк) и «синяк» (гематома) в послеоперационной области, кровотечение, боли в рядом стоящих зубах, и другие неожиданные последствия и осложнения, не исключено длительное заживление послеоперационной области.

 Понимаю, что курение и/или приём алкоголя могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления и уменьшить вероятность успеха лечения.

 Я одобряю рекомендованное мне лечение, понимаю, что преимущества предлагаемого лечения значительно превышают возможные осложнения в случае отказа лечения.

 Я согласен(а) регулярно посещать моего лечащего врача для контрольных осмотров и профилактических процедур.

 Я добровольно соглашаюсь на предлагаемое мне лечение, подписываю этот документ и заверяю доктора, что не буду иметь претензий в случае, если проведенное лечение не достигнет идеального результата.

 Я прочитал(а) этот документ и согласен(а) с его условиями.

**Дополнительная информация**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.