Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
СНЯТИЕ ИСКУССТВЕНОЙ КОРОКИ

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,телефон_____
(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)
В случае лечения ребенка (до 15 лет) указать его ФИО _____.
находясь на лечении в ООО «АЮДент», настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на снятие (удаление) искусственной коронки (мостовидного протеза). Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.
Я доверяю провести лечение стоматологу _____ _____должность_____
В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.
Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** лечения: снятие искусственной коронки для обеспечения доступа к корневым каналам зуба.
Со мною согласован **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, а именно: снятие искусственной коронки.
Я понимаю что после снятия коронки в дальнейшем необходимо будет изготовление новой искусственной коронки. Ранее снятая искусственная коронка возвращается пациенту либо утилизируется клиникой в зависимости от пожелания пациента.
Я понимаю, что могу отказаться от одного или нескольких медицинских вмешательств. Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения.
Мне сообщены возможные **осложнения** и риски, связанные с лечением, в том числе:
Возможны осложнения **под влиянием анестезии**, если она потребуется, на проведение которой согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).
В процессе снятия коронки могут быть повреждены рядом стоящие зубы (искусственные коронки).
Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____ _____
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.
Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.
Дата_____
Подпись _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)
Подпись врача_____

Ранее снятую искусственную коронку получил(а) _____

Ранее снятую искусственную коронку оставил(а) в клинике для утилизации_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

Информированное добровольное согласие на снятие несъемного ортодонтического аппарата (без ретенционного этапа)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

При оказании помощи моему ребенку _____ находясь на лечении в ООО « АЮДнет»,далее именуемое – **«Исполнитель»**, и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **снятие несъемной ортодонтической аппаратуры.**

Я доверяю лечение врачу_____должность_____ и получил(а) всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цели лечения**. Основными целями снятия несъемной ортодонтической аппаратуры (брекет-системы, ортодонтических, ретенционных аппаратов) являются: проведение последующего лечения с применением другой ортодонтической аппаратуры или иного метода лечения (ортогнатия, хирургия, ортопедия и т.д.); повреждение или дефект ортодонтической аппаратуры, требующие ее снятия и замены; необходимость приостановления ортодонтического лечения по медицинским показаниям или в связи с невозможностью его продолжения по обстоятельствам, не зависящим от Исполнителя.

2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства**. Я уведомлен(а) лечащим врачом о причине снятия несъемной ортодонтической аппаратуры по медицинским показаниям и согласен(на) на ее снятие. Я понимаю, что на момент подписания настоящего документа ортодонтическое лечение не завершено. Если медицинские показания для снятия несъемной ортодонтической аппаратуры отсутствуют, а снятие производится врачом в связи с отказом от продолжения лечения (в том числе начатого в другой медицинской организации) или в связи с обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя и не позволяющими продолжить ортодонтическое лечение (призыв пациента в армию, заболевание или состояние, являющееся противопоказанием к ортодонтическому лечению и т.п.), я самостоятельно несу все неблагоприятные последствия, связанные с отказом от ортодонтического лечения: усугубление нарушений прикуса, перегрузка отдельных зубов с их неконтролируемым перемещением и разрушением, прогрессирование стираемости зубов, появление (усугубление) лицевой асимметрии; появление дисфункции височно-нижнечелюстного сустава; избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций; заболевания пародонта; опускание десны (оголение шейки зубов); частичное рассасывание корней зубов; появление болей, дискомфорта и иные неблагоприятные последствия. Я понимаю, что после снятия несъемной ортодонтической аппаратуры при наличии показаний должен(на) продолжить ортодонтическое (или иное) лечение в сроки, рекомендуемые врачом.

Для снятия несъемной ортодонтической аппаратуры применяются специально разработанные ортодонтические инструменты (щипцы, зонды и т.п.). При необходимости может быть применен метод распиливания конструкции ортодонтического аппарата с помощью стоматологических боров. После снятия несъемной ортодонтической аппаратуры проводится полировка поверхности зубов специальными борами и резинками для удаления остатков материала, на который крепилась ортодонтическая аппаратура. По показаниям может потребоваться проведение профессиональной гигиены полости рта, которая будет выполнена с моего согласия за отдельную плату.

Мне разъяснено, что после снятия несъемной ортодонтической аппаратуры она не пригодна для дальнейшего использования и подлежит утилизации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Мне разъяснено и понятно, что после снятия несъемной ортодонтической аппаратуры может потребоваться изготовление новой несъемной или съемной ортодонтической аппаратуры (в том числе ретенционного аппарата временного ношения), которое будет выполнено с моего согласия за дополнительную плату. Выбор ортодонтической аппаратуры, материалов и методов ортодонтического лечения, а также необходимых мне этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в плане лечения или ином документе (медицинской карте и т.п.).

Лечащий врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить снятие несъемной ортодонтической аппаратуры по медицинским показаниям, я могу отказаться от него. Мне понятны негативные последствия, которые могут наступить для моего здоровья в случае такого отказа: повреждение слизистых оболочек полости рта поврежденными частями аппаратуры; усугубление или рецидив имеющихся у меня заболеваний и нарушений прикуса; развитие заболеваний пародонта; появление болей, дискомфорта и иные неблагоприятные последствия. В случае отказа от снятия несъемной ортодонтической аппаратуры по медицинским показаниям по моей инициативе (вине) я самостоятельно несу риск наступления перечисленных неблагоприятных последствий.

3. **Риски, последствия, осложнения.** Я предупрежден(а), что в процессе снятия ортодонтических конструкций могут быть слышны неприятные звуки откалывающегося от металлической основы материала, хруст, скрежет. Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после вмешательства: повреждение твердых тканей зубов, сколы эмали; перелом зуба (зубов) и/или корня зуба (зубов); повреждения мягких тканей полости рта; попадание аппаратуры или ее частей (элементов) в желудочно-кишечный тракт и/или дыхательные пути, что может вызвать повреждения ЖКТ и/или асфиксию (остановку дыхания); ощущение дискомфорта, болевые ощущения; отёки слизистой оболочки рта. Мне понятно, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

Мне понятно, что снятие ретенционного аппарата может привести к следующим неблагоприятным последствиям: рецидив заболеваний зубочелюстной системы, усугубление нарушений прикуса; перегрузка отдельных зубов с их неконтролируемым перемещением и разрушением, прогрессирование стираемости зубов; появление (усугубление) лицевой асимметрии; появление дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС); избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций; заболевания пародонта; опускание десны (оголение шейки зубов); частичное рассасывание верхушек корней зубов; появление болей, дискомфорта и иные неблагоприятные последствия. Если ретенционный аппарат снимается по моей инициативе, без медицинских показаний, я самостоятельно несу риск наступления перечисленных неблагоприятных последствий.

4. **Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства:** патология иммунной системы (тяжелые инфекции и т.п.); острые инфекционные заболевания; болезни крови (лейкозы, лимфогранулематоз) и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил(а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил(а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь): перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п. Я осознаю, что, если скрыл(а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

5. Мне разъяснено, что по показаниям может быть применено обезболивание (местная инъекционная анестезия) с целью обезболивания медицинских манипуляция. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости. Мне разъяснено, что: применение анестезии может привести в редких случаях к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше; обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

6. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до начала вмешательства, в процессе, а также при проведении контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение.

7. Я понимаю, что должен(а) информировать лечащего врача об аллергии, перенесенных ранее заболеваниях, как острых так и хронических (в том числе о хирургических операциях, наличии сахарного диабета, онкологических заболеваний), травмах, а также о принимаемых лекарственных средствах и биоактивных добавках, непереносимости лекарственных препаратов и ее проявлениях, сообщать правдивые сведения о наследственности, а также употреблении алкоголя, наркотических и токсических средствах, курении, высказывать все жалобы.

8. У меня было достаточно времени, чтобы обдумать решение о предстоящем медицинском вмешательстве, описанном в данном документе.

9. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

<u>Пациент/Законный представитель пациента:</u>

Дата: «____»_____20____ года

Подпись: _____/_____/

<u>Врач:</u>

Подпись: _____/_____/

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

Информированное добровольное согласие на снятие брекет-системы и изготовление/установку съемного/несъемного ретейнера.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

При оказании помощи моему ребенку _____ находясь на лечении в ООО « АЮДнет» согласен(на) со снятием несъемной ортодонтической аппаратуры (брекет-системы).

Доверяю лечение врачу_____должность_____

Я предупрежден (а), что при снятии ортодонтических аппаратов возможно выпадение пломбы, повреждение эмали зуба или протеза (коронка, мост, винир и т. п.). Возникновение такой проблемы наиболее вероятно при использовании эстетичных (прозрачных или цвета зубной эмали) ортодонтических аппаратов. При повреждении зуба или протеза может потребоваться восстановление зуба/зубов, путем повторного протезирования и/или восстановление пломбировачным материалом. Также возможны иные осложнения:_____.

Я проинформирован(а) о необходимости изготовления ретенционного аппарата съемного_____или несъемного_____ после снятия брекет-системы, чтобы избежать возврата зубного ряда к прежнему состоянию. Я ознакомлен(а) с вариантами изготовления ретенционных аппаратов и мною выбран вариант, который гарантирует при правильном использовании и уходе удержание достигнутого результата. Я понимаю необходимость повторных осмотров у врача-ортодонта по окончании лечения (через 3 месяца, 6 месяцев, 1 год, ежегодно). Меня ознакомили с правилами пользования и ухода за ретенционными аппаратами. Срок ношения ретейнеров индивидуален и назначается лечащим врачом.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся стоматологом, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____ или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Операция – удаление зуба.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными (озвученными) мне условиями его проведения.

Я, _____,тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

При оказании помощи моему ребенку_____

Чьим законным представителем я являюсь

находясь на лечении в ООО «АЮДент », настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на удаление зуба, в дальнейшем «удаление». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение врачу- стоматологу

_____должность_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** удаления, а именно устранение очага инфекции, устранение аномально расположенных зубов, для построения протетической плоскости, предупреждение возникновения очага хронической инфекции.

Со мною согласован **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, а именно удаление причинного зуба.

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, что фактические результаты могут отличаться от ожидаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

До моего сведения доведены возможные альтернативные варианты лечения, а именно:

Резекция верхушки корня

_____

_____

Я ознакомлен (а) с возможными негативными последствиями отказа от рекомендованного плана лечения, или частичного его выполнения, а именно:

Заболевание кости, атрофия костной ткани, воспаление десны, подвижность зубов, ухудшение эстетики зубного ряда,отеки, абсцессы ,флегмоны.

_____

_____

_____

Мне сообщены возможные **осложнения** и риски, связанные с удалением, в том числе:

Возможные осложнения **под влиянием анестезии**, а именно: накусывание губ и щек ,отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

Возможные **последствия приема анальгетиков и антибиотиков** (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я проинформирован(а) о возможных осложнениях во время и после удаления зуба(зубов) а именно: воспаление верхне-челюстного синуса, переломы и вывихи нижней челюсти, повреждения и вывихи соседних зубов, кровотечения ,гематомы ,отеки ,альвеолиты ,абсцессы ,флегмоны, иные осложнения: _____

_____

Я понял(а), что после удаления зуба (зубов) рекомендуется:

1. Находящиеся во рту тампоны выплюнуть через 15-20 минут.
2. В течение 2-х часов воздержаться от приема пищи.
3. В день удаления не полоскать рот, не употреблять горячей, острой пищи, алкоголя.
4. Не трогать лунку удаленного зуба языком или пальцами.
5. Не греть «больную» щеку грелкой или компрессами. Прикладывать со стороны удаления к щеке холод через полотенце (по 20-30 минут 3-4 раза в день).
6. В течение 2-х суток избегать физических нагрузок, переохлаждения, перегрева.
7. На следующий день после удаления зуба (зубов) прийти к лечащему врачу для контрольного осмотра.

Со мной согласован Индивидуальный План Лечения, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться в процессе удаления, 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. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это. Фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения. Лечение может быть более длительным, если возникают осложнения в процессе удаления и/или пациент не соблюдает рекомендаций врача

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною рекомендаций и назначений врача.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного удаления могут понадобиться обследования.

Получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка, компьютерной томографии;

Консультация стоматологов иного профиля;

Консультация врачей специалистов не стоматологического профиля.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Удаление зуба (зубов) №_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись_____

или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Операция – удаление имплантата.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

В случае лечения ребенка (до 15 лет) или недееспособного указать его ФИО _____.

находясь на лечении в ООО «АЮДент», настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на удаление имплантата. Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение врачу-стоматологу

_____должность_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** удаления имплантата, а именно изъятие имплантата из костной ткани в связи с возникшей необходимостью.

Со мною согласован **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, а именно изъятие имплантата из костной ткани.

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, что фактические результаты могут отличаться от ожидаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Мне сообщены возможные **осложнения** и риски, связанные с операцией, в том числе:

Возможные осложнения **под влиянием анестезии,** на проведение которой я согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

Возможные **последствия приема анальгетиков и антибиотиков** (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

При проведении самой операции и после нее возможны осложнения:

кровотечение из раны, боль, отёк, изменение цвета слизистой оболочки полости рта и десны; онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов; воспаление десен, повреждение имеющихся зубов, перелом кости, перфорация верхнечелюстной пазухи, воспаление вен, отсроченное заживление десны, остеомиелит, абсцесс, флегмона, медиастенит, ограничение открывания рта, в области углов рта могут быть трещины или отёк мягких тканей,

Иные осложнения_____

Со мной согласован Индивидуальный План Лечения, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, сроки проведения лечения. При этом мне известно, что фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения. Врач объяснил мне, что не существует способа точно предсказать заживляющих способностей десны и костной ткани после проведения операции.

Со мной согласована 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. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Я обязуюсь выполнять все рекомендации врача до, и после операции:

Принимать назначенные лекарства.

Не водить машину после операции, не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение срока определённого врачом.

Не принимать алкоголя и наркотических средств.

Соблюдать гигиену полости рта, а так же являться на профилактический осмотр и профессиональную чистку зубов в сроки установленные врачом

Я предупреждён, что курение может осложнить заживление операционной раны.

_____

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования.

Получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка, компьютерной томографии;

Консультация стоматологов иного профиля;

Консультация врачей специалистов не стоматологического профиля.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____
Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.
Дата_____

Подпись_____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Операция – удаление новообразования в полости рта.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____, тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя – полностью)

В случае лечения ребенка (до 15 лет) указать его ФИО _____.

находясь на лечении в ООО «АЮДент» (далее Клиника), настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на удаление новообразования в полости рта далее «лечение». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях лечения, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение врачу-стоматологу

_____должность_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** лечения, а именно устранение новообразования и его диагностическое , гистологическое исследование.

Со мною согласован **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, а именно удаление новообразования и его гистологическое исследование для постановки окончательного диагноза.

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, что фактические результаты могут отличаться от ожидаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

До моего сведения доведены возможные альтернативные варианты лечения, а именно:

- динамическое наблюдение;
- _____;
-_____;

Я ознакомлен (а) с возможными негативными последствиями отказа от рекомендованного плана лечения, или частичного его выполнения, а именно:

Увеличение новообразования, _____

Мне сообщены возможные **осложнения** и риски, связанные с лечением, в том числе:

Возможные осложнения **под влиянием анестезии,** на проведение которой я согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

Возможные **последствия приема анальгетиков и антибиотиков** (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

При проведении самого лечения и после него возможны осложнения:

кровотечение из раны, боль, отёк, изменение цвета слизистой оболочки полости рта и десны; онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов; воспаление десен, воспаление вен, абсцесс, флегмона, медиастенит, в области углов рта могут быть трещины или отёк мягких тканей.

Иные осложнения_____

Я понимаю и даю согласие на то, что после проведения лечения удаленные ткани отправляются в лабораторию на гистологическое исследование с целью постановки окончательного диагноза. Прошу предоставить результаты гистологического исследования по электронной почте _____.

В случае моего отказа от проведения гистологического исследования в лаборатории, являющейся партнером клиники, обязуюсь самостоятельно обратиться в лабораторию с целью гистологического исследования тканей. По готовности результатов исследования предоставлю их клинике.

Со мной согласован Индивидуальный План Лечения, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения. При этом мне известно, что фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения. Врач объяснил мне, что не существует способа точно предсказать заживляющих способностей десны и костной ткани после проведения операции.

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. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Я обязуюсь выполнять все рекомендации врача до, и после операции:
Принимать назначенные лекарства.
Не водить машину после операции, не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение срока определённого врачом.
Не принимать алкоголя и наркотических средств.
Соблюдать гигиену полости рта, а так же являться на профилактический осмотр и профессиональную чистку зубов в сроки установленные врачом
Я предупреждён, что курение может осложнить заживление операционной раны.
Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования.
Получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка, компьютерной томографии;
Консультация стоматологов иного профиля;
Консультация врачей специалистов не стоматологического профиля.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____
Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.
Дата_____

Подпись_____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
УСТАНОВКА УКРАШЕНИЙ ДЛЯ ЗУБОВ

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,тел_____
(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)
В случае лечения ребенка (до 15 лет) указать его ФИО _____.
находясь на лечении в **ООО «** АЮДент **»**, настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на установку украшений для зубов, в дальнейшем «установка украшения». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого (степень родства)_____), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.
Я доверяю провести лечение стоматологу_____должность_____
В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.
Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о **цели** установки украшения, а именно в дополнительном косметическом и/или эстетическом эффекте зубного ряда.
Со мною согласован **Индивидуальный План Лечения**.
Мне понятен **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, который заключается в фиксации украшения на вестибулярную поверхность коронковой части зуба.
Установка украшения обусловлена желанием пациента и не имеет медицинских показаний, соответственно не подразумевает **альтернативных вариантов лечения**.
Мне сообщены, разъяснены врачом возможные **осложнения и риски** во время и после установки украшения.
В ходе проведения процедуры украшения зубов возможно развитие следующих осложнений, не являющихся дефектами качества медицинской услуги: травмирование слизистой оболочки полости рта, возникновение аллергических реакций (сыпи, отёка мягких тканей, анафилактического шока), токсической реакции (тошноты, головокружения).
Зубное украшение является инородным телом в полости рта, привыкание к которому требует нескольких дней; в период ношения украшения может возникнуть дискомфорт при разговоре, еде, проведении гигиенических процедур полости рта, зубное украшение может вызвать натирание слизистой оболочки ротовой полости и т.д.; денежные средства, уплаченные за украшение, к ношению которого Пациент не может привыкнуть, возвращены не будут
Срок ношения зубного украшения не ограничен, однако развитие стоматологических заболеваний может потребовать снятия украшений с поверхности зуба.
В период ношения зубного украшения рекомендуется соблюдение обычной гигиены полости рта, включая одновременную чистку украшения вместе с зубами; при этом при проведении гигиенических процедур ротовой полости показано использование зубной пасты, не содержащей агрессивных абразивных компонентов и фтора.
С целью сохранения эстетического эффекта, обеспечения надежности фиксации украшения, предупреждения риска повреждения и отклеивания украшения пациентам в период ношения украшения на зубе на рекомендуется пользование электрическими зубными щетками ввиду возможного отделения драгоценного камня от металлической основы вследствие вибрации, а также употребление в пищу жевательных конфет, ирисок, жевательных резинок, откусывание твердых фруктов и овощей (яблок, моркови), иной твердой пищи (орехи, сушки).
В процессе ношения зубного украшения, возможно его отклеивание, что может повлечь риск потери украшения либо его проглатывания; при этом отклеившееся украшение не подлежит повторной фиксации.
Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЭНДОДОНТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ (ЛЕЧЕНИЯ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБОВ)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,тел -_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

При оказании помощи моему ребенку _____

находясь на лечении в ООО « АЮДнет », настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зубов), в дальнейшем «лечение». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение врачу-стоматологу _____должность_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** лечения, а именно устранение инфекции внутри корневой канальной системы зуба и/или в периапикальных тканях зубо-челюстной системы.

Со мною согласован предполагаемый результат оказания медицинской помощи, а именно удаление инфицированной пульпы и пломбирование корневых каналов;

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, что фактические результаты могут отличаться от ожидаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны варианты медицинского вмешательства (альтернативные варианты лечения) и их последствиях, а именно:

- Удаление пораженного зуба (пораженных зубов)
- Применение других пломбировочных материалов;
- _____

Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:

развитие инфекции; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; а также нарушения общего состояния организма

Возможные осложнения и риски в процессе и после эндодонтического лечения, а именно:

Возможные осложнения **под влиянием анестезии**, на проведение которой согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я предупрежден, что могут возникнуть болевые ощущения во время и после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты, если сочтет это нужным;

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

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

Я предупрежден о том, что даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем;

Я предупрежден о том, что существует определенный процент (5—10%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать перелечивания корневых каналов в будущем, хирургического вмешательства в области верхушки корня и даже удаления зуба.

При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения снижается, что связано:
- с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;
- с плохой проходимостью корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов).
Сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии;
Иные осложнения:_____
Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения.
Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, по усмотрению врача, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).
Со мной согласован Индивидуальный План Лечения, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться 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. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это. Фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения. Лечение может быть более длительным, если возникают осложнения в процессе лечения или если уровень сотрудничества пациента не является адекватным.
Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною рекомендаций и назначений врача.
Я понимаю, что платежи за мое лечение покрывают только лечение, проводимое данным врачом, и что оплата за лечение, проводимое другими стоматологами или врачами, не включена в счет за мое терапевтическое лечение.
Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования.

- Получение телерентгенограммы, ортопантомограммы, прицельного снимка, компьютерной томографии, магнитнорезонансной томографии;
- Консультация стоматологов иного профиля;
- Консультация врачей специалистов не стоматологического профиля.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение хирургического лечения

(вскрытие и дренирование абсцесса)
(в соответствии со ст. ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я _____ (ФИО пациента) тел:_____, соглашаюсь с тем, что хирургическое вмешательство, направленная костная регенерация (_____) пациенту _____(ФИО пациента и представителя в случае представления интересов пациента)

Врач _____должность врач стоматолог-хирург

Находясь на лечении в ООО «АЮДент», настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на проведение хирургического лечения (вскрытие и дренирование абсцесса).

1. Мне в доступной форме, разъяснена и понятна информация о сути лечения:

Мне планируется провести операцию по вскрытию и дренированию абсцесса. Я понимаю суть вмешательства и характер наиболее вероятных осложнений, связанных с ним. Целью операции является купирование воспаления путем дренирования области воспаления (абсцесса). Также часто сопутствующей целью операции является попытка сохранения зуба, расположенного в области воспаления. Проведение данной операции не может гарантировать, что зуб вовлеченный в процесс воспаления (абсцесса) будет сохранен, т.к. это во многом зависит от индивидуальных особенностей организма пациента.

Операция заключаются в проведении разреза на слизистые оболочки полости рта в области абсцесса, формирования доступа к области воспаления, ирригации области антисептическими растворами, введение дренажа.

Допустимо уточнение диагноза в процессе лечения. В ряде случаев окончательный диагноз можно установить только в процессе операции.

Объём и сроки плана лечения могут измениться и будут зависеть от индивидуальных особенностей организма и клинической картины во время проведения лечения и после лечения.

Возможные последствия на этапах и после лечения, а именно;

под влиянием анестезии, а именно: отёк мягких тканей, болевые ощущения, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок.

Возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (при их назначении): аллергические реакции, нарушение состава кишечной микрофлоры.

В процессе операции – кровотечение, натяжение уголков рта, трещины в углах рта, болевые ощущения, _____ _____.

После операции: инфицирование раны, флегмона, абсцесс, болезненность, кровоточивость из раны, гематома мягких тканей - отек, временное или постоянное онемение дёсен, зубов, кожных покровов в области челюсти, _____.

Я обязуюсь выполнять все рекомендации врача до, и после операции: .

1. В течение 2-х часов воздержаться от приема пищи.
2. В день операции не употреблять горячей, острой пищи, алкоголя.
3. Не трогать область разреза языком или пальцами.
4. Не греть область разреза грелкой или компрессами.
5. В течение 2-х суток избегать физических нагрузок, переохлаждения, перегрева.
6. На следующий день после операции прийти к лечащему врачу для контрольного осмотра.
7. Принимать лекарственные препараты: _____.
8. _____.

Со мной согласован Индивидуальный План Лечения, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться в процессе операции, 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. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это. Фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною рекомендаций и назначений врача.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования.

Получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка, компьютерной томографии;

Консультация стоматологов иного профиля;

Консультация врачей специалистов не стоматологического профиля.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся стоматологом, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
Вопрос пациента: _____
Ответ врача: _____
Вопрос пациента: _____
Ответ врача: _____
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО, телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись_____
или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

<u>На проведение гемисекции зуба.</u>

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____, тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

В случае лечения ребенка (до 15 лет) указать его ФИО _____.

находясь на лечении в ООО «АЮДент», настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на гемисекцию зуба, в дальнейшем «операция». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение врачу-стоматологу

_____должность_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** операции, а именно удаления инфицированного (перфорированного и т.п.) корня зуба с частью коронки, для дальнейшего сохранения части зуба.

Мне сообщено, что после проведения операции в области причинного зуба остается дефект костной ткани, соответственно **предполагаемым результатом** оказания медицинской помощи является восстановление костной ткани в области удаленного корня причинного зуба в течение 4-6 месяцев.

Я понимаю, что фактический результат может отличаться от предполагаемого результата, а именно возможно инфицирование оставшегося корня -ей, отсутствие регенерации костной ткани в области удаленного корня т.к. восстановление костной ткани зависит от многих факторов: сопутствующие заболевания, возраст, курение, окружающая среда. Более того, во время проведения операции невозможно полностью удалить патогенную микрофлору в районе удаляемого корня, соответственно также возникает риск инфицирования оставшегося корня –ей и отсутствия регенерации костной ткани, т.к. в данном случае процесс восстановления костной ткани зависит от иммунной системы организма Пациента.

После проведения операции необходимо диспансерное наблюдение (следует приходить на бесплатный контрольный осмотр не реже 1 раза в 6 месяцев).

При отсутствии признаков заживления, а также при развитии патологических изменений потребуется удаление зуба.

Данные манипуляции будут проведены за отдельную плату.

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, что фактические результаты могут отличаться от предполагаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

До моего сведения доведены возможные альтернативные варианты лечения, а именно:

Удаление зуба

_____

_____

Я ознакомлен (а) с возможными негативными последствиями отказа от рекомендованного плана лечения, или частичного его выполнения, а именно:

Заболевание кости, атрофия костной ткани, воспаление десны, подвижность зубов, ухудшение эстетики зубного ряда, отеки, абсцессы, флегмоны.

_____

_____

_____

Мне сообщены возможные **осложнения** и риски, связанные с операцией, в том числе:

Возможные осложнения **под влиянием анестезии**, на проведение которой согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

Возможные **последствия приема анальгетиков и антибиотиков** (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я проинформирован(а) о возможных осложнениях во время и после операции а именно: воспаление верхне-челюстного синуса, переломы и вывихи нижней челюсти, повреждения и вывихи соседних зубов, кровотечения ,гематомы ,отеки ,альвеолиты ,абсцессы ,флегмоны, иные осложнения _____

Я понял(а), что после операции рекомендуется:.

1. В течение 2-х часов воздержаться от приема пищи.
2. В день проведения операции не полоскать рот, не употреблять горячей, острой пищи, алкоголя.

3. Не трогать место наложения швов зуба языком или пальцами.
4. Не греть место проведения операции грелкой или компрессами. Прикладывать со стороны проведения операции к щеке холод через полотенце (по 20-30 минут 3-4 раза в день).
5. В течение 2-х суток избегать физических нагрузок, переохлаждения, перегрева.

Со мной согласован Индивидуальный План Лечения, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться в процессе операции, 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. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это. Фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения. Лечение может быть более длительным, если возникают осложнения в процессе операции и/или пациент не соблюдает рекомендаций врача

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною рекомендаций и назначений врача.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного проведения операции могут понадобиться обследования.

Получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка, компьютерной томографии;

Консультация стоматологов иного профиля;

Консультация врачей специалистов не стоматологического профиля.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Гемисекция (зубов) №_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись_____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)_____

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ГЕРМЕТИЗАЦИЯ ФИССУР

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и я согласен (на) с названными (озвученными) мне условиями его проведения.

Я, _____,тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

При оказании помощи моему ребенку _____

находясь на лечении в **ООО** «АЮДент», настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на герметизацию фиссур, в дальнейшем «лечение». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого (степень родства)_____), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю проводить лечение врачу_____должность_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о **цели** лечения, а именно профилактика кариозного поражения.

Со мною согласован **Индивидуальный План Лечения**.

Мне понятен **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, который заключается в пломбирования стоматологическим материалом фиссур (анатомических углублений) зуба.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

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

Мне сообщены возможные **риски**, связанные с лечением.

Негативные п**оследствия медицинского вмешательства:**

- Возможно наличие болевых ощущений в области леченого зуба
- Возможно ощущение отсутствия смыкания зубов

_____

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны **альтернативные варианты** медицинского вмешательства и их последствия:

- Покрытие зуба коронкой
- _____

Мне сообщены, разъяснены врачом возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование кариеса; развитие его осложнений;

Я понимаю, что герметизация фиссур не может 100% гарантировать отсутствие появление и развития кариеса. Не исключается в дальнейшем необходимость более обширного лечения зуба пломбировочным материалом (пломбирование большей поверхности зуба), и даже необходимость удаления зуба в связи с дальнейшим развитием кариозного процесса.

Я понимаю, что необходимо строго соблюдать график посещения врача

Я понимаю, что необходимо соблюдать все рекомендации врача

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Лечение зуба (зубов) №_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Установка держателя места удаленного зуба

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____, телефон _____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

В случае лечения ребенка (до 15 лет) указать его ФИО_____.

находясь на лечении в ООО «АЮДент», настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на установку держателя места (аппарат), далее «лечение». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение стоматологу_____должность_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** лечения, а именно сохранение пространства в месте отсутствующего зуба. Сохранение вышеуказанного пространства необходимо для полноценного восстановления зубного ряда.

Со мной согласован Индивидуальный План Лечения, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. Мне сообщен врачом **предполагаемый результат** установка аппарата, который позволит сохраненить пространство между зубами.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны варианты медицинского вмешательства (альтернативные варианты лечения) и их последствиях, а именно:

- ортопедическое лечение

_____

Я понимаю, что могу отказаться от лечения. Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:

Отказ от лечения может привести к смещению зубов в область отсутствующего зуба.

Мне сообщены врачом возможные осложнения и риски, связанные с лечением:

Я предупрежден, о возможности возникновения аллергии на материалы, используемые при лечении. Это может потребовать внесения изменений в план лечения или прекращения лечения. Хотя и очень редко, но может потребоваться медицинское лечение аллергии на стоматологические материалы.

Я предупрежден, что общие проблемы со здоровьем могут оказывать влияние на лечение.

Я предупрежден, что существует вероятность поломки съемных аппаратов.

Я предупрежден, что эмаль может быть незначительно повреждена, что потребует реставрационного лечения.

Ослабленный или поврежденный (или его части) могут при вдохе попасть в дыхательные пути или быть проглочены, также они могут причинить другой вред пациенту. Вам следует сообщать своему врачу о любых необычных симптомах или любых ослабленных или сломанных устройствах сразу же при обнаружении.

Иные осложнения:

_____

_____

Я понимаю, что при возникновении любых осложнений, указанных выше, может потребоваться обращение к врачу, имеющему другую специализацию. Починка и замена аппарат оплачивается отдельно.

Мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною рекомендаций и назначений врача. Рекомендации:

-не употреблять пищу с аппаратом во рту (вязкую ириски, жвачки, вязкие конфетки), тянущуюся (сыр косичка), твердую(чипсы, сухари, орехи));

- Если аппарат слетел необходимо его сохранить и записаться на прием к врачу, взяв аппарат с собой.

_____

_____

Я понимаю, что в случае несоблюдения правил ухода за полостью рта или за аппаратом, врач оставляет за собой право принятия решения о аппарата и прекращении лечения на любом этапе. Деньги за проведенный объем лечения не возвращаются.

Я понимаю, что платежи за мое лечение покрывают только лечение, проводимое данным врачом, и что оплата за лечение, проводимое другими стоматологами или врачами, не включена в счет за мое настоящее лечение.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования.
Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____ или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА.

Диагностическое исследование корневых каналов путем эндодонтического доступа.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,тел -_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

При оказании помощи моему ребенку (представляемому) _____

находясь на лечении в ООО « АЮДнет », настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на диагностическое исследование корневых каналов путем эндодонтического доступа, в дальнейшем «лечение». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических процедур.

Я доверяю провести лечение врачу-стоматологу _____должность_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** лечения, а именно установление возможности ревизии и/или ревизия корневых каналов зубов, которые ранее подвергались эндодонтическому лечению и/или зубов, имеющих особенности в анатомическом строении (кривизна корневых каналов, склерозирование корневых каналов и т.д.).

Со мною согласован предполагаемый результат оказания медицинской помощи, а именно определение возможности или невозможности ревизии корневых каналов и их ревизия в случае наличия такой возможности.

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, что фактические результаты могут отличаться от ожидаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны варианты медицинского вмешательства (альтернативные варианты лечения) и их последствиях, а именно:

- Удаление пораженного зуба (пораженных зубов)
- _____

Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: развитие инфекции; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба;

Возможные осложнения и риски в процессе и после лечения, а именно:

Возможные осложнения **под влиянием анестезии**, на проведение которой согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я предупрежден, что могут возникнуть болевые ощущения во время и после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты, если сочтет это нужным;

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

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

Я предупрежден о том, что существует определенный процент (10%) неудач данного лечения, это связано с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала ; с плохой проходимостью корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов). В случае неудовлетворительного результата лечения может потребоваться хирургическое вмешательства в области верхушки корня и даже удаление зуба.

Иные осложнения:_____

Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения лечения.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, по усмотрению врача, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).
Со мной согласован индивидуальный план лечения, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. Я понимаю, что лечение может быть в несколько посещений и каждый прием оплачивается отдельно. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это. Фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения. Лечение может быть более длительным, если возникают осложнения в процессе лечения или если уровень сотрудничества пациента не является адекватным.
Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною рекомендаций и назначений врача.
Я понимаю, что платежи за мое лечение покрывают только лечение, проводимое данным врачом, и что оплата за лечение, проводимое другими стоматологами или врачами, не включена в счет за мое терапевтическое лечение.
Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования.

- Получение телерентгенограммы, ортопантомограммы, прицельного снимка, компьютерной томографии, магнитнорезонансной томографии;
- Консультация стоматологов иного профиля;
- Консультация врачей специалистов не стоматологического профиля.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ИЗГОТОВЛЕНИЕ КАПЫ

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящей услугой и я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

В случае лечения ребенка (до 15 лет) указать его ФИО _____.

находясь на в **ООО « АЮДент »**, настоящим подтверждаю свое согласие изготовление индивидуальной каппы. Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время и после изготовления каппы.

Я доверяю провести отбеливание врачу стоматологу _____ _____должность_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о **цели** лечения, а именно изготовление каппы

- снижение риска травмы, если каппа изготавливается для занятий спортом
- уменьшение стираемости эмали при бруксизме или иных заболеваниях
- фиксация отбеливающего материала, если каппа изготавливается для отбеливания

Со мною согласован план оказания услуги и ее стоимость.

Мне сообщено, что возможно возникновение аллергии на используемые при лечении материалы.

Мне сообщены, разъяснены врачом возможные последствия, осложнения и риски.

Рекомендации:

- Необходимо регулярно чистить капу зубной щеткой и ополаскивать ее в прохладной воде.
- При переносе капы следует использовать специальный твердый футляр.
- Для сохранения формы капы не следует подвергать ее воздействию высоких температур, а также следует осматривать капу на предмет износа или повреждений.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Операция – зубная имплантация.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____, тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя – полностью)

В случае лечения ребенка (до 15 лет) указать его ФИО _____.

Имплантация в области _____ зубов

находясь на лечении в ООО «АЮДент », настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на зубную имплантацию, в дальнейшем «имплантацию». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение врачу-стоматологу

_____должность_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** имплантации, а именно замещение утраченного зуба с восстановлением жевательной функции.

Со мною согласован **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, а именно вживление в костную ткань искусственного имплантата с последующим восстановлением формы зуба.

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, что фактические результаты могут отличаться от ожидаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. В частности, замена имплантата на имплантат другого размера или другой конструкции.

До моего сведения доведены возможные альтернативные варианты лечения, а именно:

протезирование зуба (зубов) с использованием съемных или несъемных мостовидных конструкций;

установка искусственных коронок

_____

Я ознакомлен (а) с возможными негативными последствиями отказа от рекомендованного плана лечения, или частичного его выполнения, а именно:

Заболевание кости, атрофия костной ткани, воспаление десны, подвижность зубов и имплантата, что может привести к необходимости их удаления, патология височно-нижнечелюстного сустава, головные боли, иррадиирущие боли в шею сзади и в мышцы лица, утомляемость жевательных мышц, ухудшение эстетики зубного ряда

_____

Мне сообщены возможные **осложнения** и риски, связанные с имплантацией, в том числе:

Возможные осложнения **под влиянием анестезии,** на проведение которой я согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

Возможные **последствия приема анальгетиков и антибиотиков** (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

При проведении самой зубной имплантации и после нее возможны осложнения:

кровотечение из раны, боль, отёк, изменение цвета слизистой оболочки полости рта и десны; онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов; воспаление десен, повреждение имеющихся зубов, перелом кости, перфорация верхнечелюстной пазухи, воспаление вен, отсроченное заживление десны, остеомиелит, абсцесс, флегмона, медиастенит, периимплантит, ограничение открывания рта, в области углов рта могут быть трещины или отёк мягких тканей.

Гарантия на работы по установке зубного имплантата от клиники составляет 1 год с даты установки имплантата.

Гарантия на зубную имплантацию включает бесплатную замену утраченного (отторгнутого/разрушенного) имплантата на аналогичный новый имплантат того же Производителя. Гарантия на зубную имплантацию не компенсирует Пациенту стоимость любых дополнительных компонентов, инструментов и лечения, ортопедических конструкций, а также других расходов, возникающих в связи с заменого имплантата.

Иные осложнения_____

После операции имплантации в случаях установки большого числа имплантатов и/или наличия осложнений потребуется соблюдения домашнего режима и выполнения рекомендаций врача.

После проведения хирургического этапа имплантации последует ортопедический этап (установка коронки или протеза – по ситуации и в соответствии с дополнительным планом), который в моих интересах осуществлять в данной клинике у доверенного врача стоматолога ортопеда. Со мной согласован Индивидуальный План Лечения, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения: количество имплантатов, сроки

проведения лечения. При этом мне известно, что фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения. Врач объяснил мне, что не существует способа точно предсказать заживляющих способностей десны и костной ткани после проведения операции.
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. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.
Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.
Я обязуюсь выполнять все рекомендации врача до, и после операции:
Принимать назначенные лекарства.
Не водить машину после операции, не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение срока, определённого врачом.
Не принимать алкоголя и наркотических средств.
Соблюдать гигиену полости рта, а также являться на профилактический осмотр и профессиональную чистку зубов в сроки, установленные врачом
Я предупреждён, что курение может осложнить заживление операционной раны и приживление имплантата.
Я предупрежден, что мне не желательно летать на самолете и нырять (погружаться с аквалангом) в течении 2 месяцев после операции,т.к. это может быть следствием отторжения имплантата
Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования.
Получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка, компьютерной томографии;
Консультация стоматологов иного профиля;
Консультация врачей специалистов не стоматологического профиля.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____
Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.
Дата_____

Подпись_____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

В случае лечения ребенка (до 15 лет) указать его ФИО _____.

находясь на лечении в **ООО ««АЮДент »**, настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на лечение кариеса, в дальнейшем «лечение». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение стоматологу_____должность_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о **цели** лечения, а именно полное удаление кариозного очага инфекции, который в случае не лечения в дальнейшем может способствовать развитию пульпита, периодонтита.

Со мною согласован **Индивидуальный План Лечения**.

Мне понятен **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, который заключается в удалении поражённых тканей зуба(ов) с последующим замещением полости пломбировачным материалом;

Я понимаю, что уточнение диагноза в процессе лечения допустимо.

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, соответственно фактические результаты могут отличаться от предполагаемых результатов.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. В частности:

- Кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования), соответственно потребуется реставрация значительной части зуба или постановка коронки;
- При экскавации пораженного дентина возможно вскрытие пульпарной камеры, что повлечет за собой эндодонтическое лечение корневых каналов зуба. В таком случае зуб необходимо будет депульпировать. Депульпирование (удаление нерва) и лечение корневых каналов будет проведено за отдельную плату.

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

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны альтернативные варианты медицинского вмешательства и их последствия, а именно:

- Удаление пораженного зуба (пораженных зубов)
- Применение других пломбировочных материалов;
- Наблюдение за пораженным зубом
- _____

Мне сообщены, разъяснены врачом возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; нарушения общего состояния организма.

Негативные последствия медицинского вмешательства:

- Возможно наличие болевых ощущений в области леченого зуба
- Возможно ощущение отсутствия смыкания зубов

Возможные осложнения (риски) **под влиянием анестезии**, на проведение которой согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Возможные осложнения (риски) после постановки пломбы, а именно:

Воспаление пульпы (пульпит); повреждение стенки зуба; нарушение краевого прилегания пломбы; развитие вторичного кариеса; болевые ощущения после установки пломбы во время приема пищи; растрескивание корня зуба; периодонтит; чувство жжения в полости рта, иные осложнения _____

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Лечение зуба (зубов) №_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
УСТАНОВКА КОРОНКИ НА ВРЕМЕННЫЙ (МОЛОЧНЫЙ) ЗУБ

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____, тел _____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

При оказании помощи моему ребенку _____

находясь на лечении в **ООО « АЮДент »**, настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на установку коронки на молочный зуб в дальнейшем «лечение». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого (степень родства) _____), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение стоматологу_____должность_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о **цели** лечения, а именно восстановление коронковой части зуба и его герметизация.

Со мною согласован **Индивидуальный План Лечения**.

Мне понятен **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, который заключается в обработке зуба(ов) с последующим восстановлением искусственной коронкой;

Я понимаю, что уточнение диагноза в процессе лечения допустимо.

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, соответственно фактические результаты могут отличаться от предполагаемых результатов.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. В частности,

- Кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, следовательно, это повлечет за собой эндодонтическое лечение корневых каналов зуба. В таком случае зуб необходимо будет депульпировать. Депульпирование (удаление нерва) и лечение корневых каналов будет проведено за отдельную плату.

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

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны альтернативные варианты медицинского вмешательства и их последствия, а именно:

- Удаление пораженного зуба (пораженных зубов)
- Применение пломбировочных материалов;
- Наблюдение за пораженным зубом
- _____

Мне сообщены, разъяснены врачом возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; нарушения общего состояния организма.

Негативные п**оследствия медицинского вмешательства:**

- Возможно наличие болевых ощущений в области леченого зуба
- Возможно ощущение отсутствия смыкания зубов или гиперконтакта.

Возможные осложнения (риски) **под влиянием анестезии**, на проведение которой согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Возможные осложнения (риски) после постановки коронки, а именно:

Воспаление пульпы (пульпит) вследствие проникновения бактерий кариозного поражения в пульпу, т.к. временные зубы имеют анатомические особенности, а именно: тонкие стенки зуба и близкое расположение сосудисто-нервного пучка (в этом случае потребуется: снять поставленную коронку, провести эндодонтическое лечение, или удалить временный зуб при нарастании явлений воспаления).; повреждение стенки зуба; нарушение краевого прилегания коронки; развитие вторичного кариеса; болевые ощущения после установки коронки; растрескивание корня зуба; периодонтит; чувство жжения в полости рта, иные осложнения _____.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Вопрос пациента: _____

Ответ врача: _____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО, телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение хирургического лечения
(направленная костная регенерация нижней челюсти)
(в соответствии со ст. ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я _____ (ФИО пациента) тел:_____, соглашаюсь с тем, что хирургическое вмешательство, направленная костная регенерация (_____) пациенту _____(ФИО пациента и представителя в случае представления интересов пациента)
Врач _____должность врач стоматолог-хирург
1. Мне в доступной форме, разъяснена и понятна информация о сути лечения:
Мне планируется провести операцию увеличения объема кости в альвеолярного отростка нижней челюсти. Я понимаю суть вмешательства и характер наиболее вероятных осложнений связанных с ним. Хирургия не является точной наукой, все осложнения не могут быть спрогнозированы и перечислены. Кроме того, хирург не может гарантировать 100% наращивания костной ткани альвеолярного отростка, либо его части. Операции заключаются в проведении разреза и формирования лоскута (десны), введение биопластических материалов и их фиксация, установки барьерной мембраны и ушивание раны.
Допустимо уточнение диагноза в процессе лечения. В ряде случаев окончательный диагноз можно установить только в процессе операции.
Объём и сроки плана лечения могут измениться и будут зависеть от индивидуальных особенностей организма и клинической картины во время проведения лечения и после лечения.
Возможные последствия на этапах и после лечения, а именно;
под влиянием анестезии, а именно: отёк мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок.
Возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (при их назначении): аллергические реакции, нарушение состава кишечной микрофлоры.
В процессе операции – кровотечение, натяжение уголков рта, трещины в углах рта, болевые ощущения, _____ _____.
После операции: инфицирование раны, флегмона, абсцесс, болезненность, кровоточивость из раны, гематома мягких тканей - отек, временное или постоянное онемение дёсен, зубов, кожных покровов в области нижней челюсти; утрата костного материала, экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления, _____.

2. Я обязуюсь выполнять все рекомендации врача до, и после операции:
Принимать назначенные лекарственные средства.
Не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение срока, определённого врачом.
Не принимать алкоголя и наркотических средств.
Соблюдать гигиену полости рта, а также, являться на профилактический осмотр 1 раз в 1,5 месяца в первые 6 мес. после операции, 1 раз в 3 месяца, в последующие 6 месяцев, 1 раз в год в дальнейшем и в индивидуальные сроки, установленные врачом.
Я предупреждён, что курение препятствует процессам заживления раны, и может вызвать отторжение остеопластического материала, привести к отрицательному результату операции и еще более усугубить первоначальную клиническую ситуацию.

Мне объяснена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.
- Гарантийный срок на проведенную операцию по костной пластике не предоставляется. Клиника гарантирует проведение операции квалифицированным специалистом, использование стерильного оборудования и инструментария и материалов, сертифицированных на территории РФ.
- Хирургия не является точной наукой, в настоящей форме информированного согласия не могут быть перечислены все осложнения, которые могут возникнуть при проведении данной процедуры. Кроме того, хирург не может гарантировать 100% наращивания костной ткани в области альвеолярного отростка.
- Клиника не несет ответственности за результат операции в случае курения пациента, несоблюдения назначений и рекомендаций доктора, неявки на контрольные осмотры, несоблюдения гигиены полости рта и рекомендаций по проведению процедур профессиональной гигиены полости рта, не предоставления (полностью или частично) данных о состоянии здоровья (перенесенные и сопутствующие заболевания).
- При необходимости проведения повторной операции (неудовлетворительный результат операции или отторжение костнопластического материала) оплата производится в полном объеме согласно прейскуранту.

Мне названы и со мной согласованы:
Технологии (методы) и биоматериалы, которые будут использованы при лечении.
Сроки проведения лечения. Стоимость отдельных процедур и лечения в целом. Известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.
Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования
(нужное дописать, ненужное вычеркнуть):
-ортопантомограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма;

-консультация стоматолога(ов) и(или) специалистов иного профиля:
_____.

Необходимые условия для достижения положительного результата лечения:

-точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача,

-последовательное выполнение пациентом **всех этапов и сроков** стоматологического лечения, рекомендованных врачом.

Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения. *Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют.* **Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Пациент _____(ФИО пациента, либо законного представителя) « ____» _____ 20__г.

Врач_____(_____) « ____» _____ 20__г.

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Операция – установка микроимплантатов.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

В случае лечения ребенка (до 15 лет) указать его ФИО _____.

Имплантация в области _____ зубов

находясь на лечении в ООО «АЮДент», настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на установку микроимплантатов, в дальнейшем «имплантацию». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение врачу-стоматологу

_____должность_____ _____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** имплантации, а именно создание дополнительной опоры для ортодонтического лечения.

Со мною согласован **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, а именно вживление в костную ткань искусственного микроимплантата с последующим его использованием в качестве опоры для ортодонтического лечения. После того, как необходимость в опорах в рамках ортодонтического лечения будет исчерпана, микроимплантаты будут удалены.

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, что фактические результаты могут отличаться от ожидаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. В частности: замена имплантата на имплантат другого размера или другой конструкции.

Мне сообщены возможные **осложнения** и риски, связанные с имплантацией, в том числе:

Возможные осложнения **под влиянием анестезии,** на проведение которой я согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

Возможные **последствия приема анальгетиков и антибиотиков** (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

При проведении самой имплантации и после нее возможны осложнения:

кровотечение из раны, боль, отёк, изменение цвета слизистой оболочки полости рта и десны; онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов; воспаление десен, повреждение имеющихся зубов, перелом кости, перфорация верхнечелюстной пазухи, воспаление вен, отсроченное заживление десны, остеомиелит, абсцесс, флегмона, медиастенит, периимплантит, ограничение открывания рта, в области углов рта могут быть трещины или отёк мягких тканей. Ослабление фиксации микроимплантатов, что потребует их удаления и, возможно, переустановки в другое место и замены винтом большего размера, может потребоваться альтернативный план лечения. Винт и связанный с ним материал может быть случайно проглочен. Существует вероятность поломки микроимплантатов (например, при установке или снятии). Если это произойдет, сломанные части могут остаться во рту или могут быть удалены хирургически. Это может потребовать необходимости обращения к стоматологу, имеющему другую специализацию

Иные осложнения____ _____

После операции имплантации в случаях установки большого числа имплантатов и/или наличия осложнений потребуется соблюдения домашнего режима и выполнения рекомендаций врача.

Со мной согласован Индивидуальный План Лечения, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения: количество имплантатов, сроки проведения лечения. При этом мне известно, что фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения. Врач объяснил мне, что не существует способа точно предсказать заживляющих способностей десны и костной ткани после проведения операции.

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. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Я обязуюсь выполнять все рекомендации врача до, и после операции:

Принимать назначенные лекарства.
Не водить машину после операции, не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение срока определённого врачом.
Не принимать алкоголя и наркотических средств.
Соблюдать гигиену полости рта, а так же являться на профилактический осмотр и профессиональную чистку зубов в сроки установленные врачом
Я предупреждён, что курение может осложнить заживление операционной раны и приживление имплантата.
Я предупрежден ,что мне не желательно летать на самолете и нырять (погружаться с аквалангом) в течении 2 месяцев после операции,,т.к. это может быть следствием отторжения имплантата

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования.
Получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка, компьютерной томографии;
Консультация стоматологов иного профиля;
Консультация врачей специалистов не стоматологического профиля.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____
Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.
Дата_____

Подпись_____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ВРЕМЕННОГО (МОЛОЧНОГО) ЗУБА

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,тел _____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

При оказании помощи моему ребенку _____

находясь на лечении в **ООО « АЮДент »**, настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на лечение кариеса временного зуба, в дальнейшем «лечение». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого (степень родства)_____), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение стоматологу_____должность_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о **цели** лечения, а именно полное удаление кариозного очага инфекции, который в случае не лечения в дальнейшем может способствовать развитию пульпита, периодонтита.

Со мною согласован **Индивидуальный План Лечения**.

Мне понятен **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, который заключается в удалении поражённых тканей зуба(ов) с последующим замещением полости пломбировачным материалом;

Я понимаю, что уточнение диагноза в процессе лечения допустимо.

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, соответственно фактические результаты могут отличаться от предполагаемых результатов.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. В частности:

- Кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования), соответственно потребуется реставрация значительной части зуба или постановка коронки;
- При экскавации пораженного дентина возможно вскрытие пульпарной камеры, что повлечет за собой эндодонтическое лечение корневых каналов зуба. В таком случае зуб необходимо будет депульпировать. Депульпирование (удаление нерва) и лечение корневых каналов будет проведено за отдельную плату.

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

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны альтернативные варианты медицинского вмешательства и их последствия, а именно:

- Удаление пораженного зуба (пораженных зубов)
- Применение других пломбировочных материалов;
- Наблюдение за пораженным зубом
- _____

Мне сообщены, разъяснены врачом возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; нарушения общего состояния организма.

Негативные п**оследствия медицинского вмешательства:**

- Возможно наличие болевых ощущений в области леченого зуба
- Возможно ощущение отсутствия смыкания зубов

Возможные осложнения (риски) **под влиянием анестезии**, на проведение которой согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Возможные осложнения (риски) после постановки пломбы, а именно:

Воспаление пульпы (пульпит) вследствие проникновения бактерий кариозного поражения в пульпу, т.к. временные зубы имеют анатомические особенности, а именно: тонкие стенки зуба и близкое расположение сосудисто-нервного пучка (в этом случае потребуется: снять поставленную пломбу, провести лечение осложненного кариеса временного зуба, поставить новую пломбу, удалить временный зуб при нарастании явлений воспаления).; повреждение стенки зуба; нарушение краевого прилегания пломбы; развитие вторичного кариеса; болевые ощущения после установки пломбы во время приема пищи; растрескивание корня зуба; периодонтит; чувство жжения в полости рта, иные осложнения _____.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЛЕЧЕНИЕ ПУЛЬПИТА/ПЕРИОДОНТИТА ВРЕМЕННОГО (МОЛОЧНОГО) ЗУБА

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

При оказании помощи моему ребенку _____

находясь на лечении в ООО «АЮДент », настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на лечение пульпита/периодонтита временного зуба, в дальнейшем «лечение». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого (указать степень родства)_____), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение врачу- стоматологу_____должность_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** лечения, а именно устранение инфекции внутри корневой канальной системы зуба и/или в периапикальных тканях зубо-челюстной системы для сохранения временного зуба в зубной дуге. Сохранение временного зуба в зубной дуге способствует правильному формированию постоянного зубного ряда.

Со мною согласован предполагаемый результат оказания медицинской помощи, а именно удаление инфицированной пульпы и пломбирование корневых каналов;

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, что фактические результаты могут отличаться от ожидаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны варианты медицинского вмешательства (альтернативные варианты лечения) и их последствиях, а именно:

- Удаление пораженного зуба (пораженных зубов)
- Применение других пломбировочных материалов;
- _____

Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:

развитие инфекции; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря временного зуба; а также нарушения общего состояния организма

Возможные осложнения и риски в процессе и после лечения, а именно:

Возможные осложнения **под влиянием анестезии**, на проведение которой согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я предупрежден, что могут возникнуть болевые ощущения во время и после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты, если сочтет это нужным; иные осложнения _____

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

Я предупрежден о том, что существует определенный процент (5—10%) неудач лечения (появление и/или нарастание боли, отека), что может потребовать перелечивания, удаления зуба.

Со мной согласован Индивидуальный План Лечения, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться 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. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это. Фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения. Лечение может быть более длительным, если возникают осложнения в процессе лечения или если уровень сотрудничества пациента не является адекватным.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною рекомендаций и назначений врача.

Я понимаю, что платежи за мое лечение покрывают только лечение, проводимое данным врачом, и что оплата за лечение, проводимое другими стоматологами или врачами, не включена в счет за мое терапевтическое лечение.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования.

- Получение телерентгенограммы, ортопантомограммы, прицельного снимка, компьютерной томографии, магнитнорезонансной томографии;
- Консультация стоматологов иного профиля;
- Консультация врачей специалистов не стоматологического профиля.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Лечение зуба (зубов) №_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ОБЪЕМНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА ПЛОМБИРОВОЧНЫМ МАТЕРИАЛОМ

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

В случае лечения ребенка (до 15 лет) указать его ФИО _____.

находясь на лечении в **«АЮДент »**, настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на объемное восстановление коронковой части зуба пломбировочным материалом, в дальнейшем «лечение». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение стоматологу_____должность_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о **цели** лечения, а именно временное восстановление анатомической формы зуба и его функции.

Я понимаю, что восстановление формы зуба из пломбировочного материала не позволит полностью восстановить его функциональную ценность.

Для полного восстановления функциональной ценности зуба, рекомендуется восстановить утраченный объем тканей вкладкой или коронкой.

Данное лечение обусловлено желанием пациента.

Объемное восстановление зуба из пломбировочного материала не является долговременным.

Со мною согласован **Индивидуальный План Лечения**.

Мне понятен **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, который заключается в восстановлении коронковой части зуба из пломбировочного материала.

Я понимаю, что уточнение диагноза в процессе лечения допустимо.

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, соответственно фактические результаты могут отличаться от предполагаемых результатов.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. В частности:

- Объем пораженных или разрушенных тканей зуба, который кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования), соответственно потребуется реставрация значительной части зуба или постановка коронки;
- При экскавации пораженного дентина возможно вскрытие пульпарной камеры, что повлечет за собой эндодонтическое лечение корневых каналов зуба. В таком случае зуб необходимо будет депульпировать. Депульпирование (удаление нерва) и лечение корневых каналов будет проведено за отдельную плату.

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

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны альтернативные варианты медицинского вмешательства и их последствия, а именно:

- Удаление пораженного зуба (пораженных зубов)
- Применение других пломбировочных материалов;
- Постановки коронки или вкладки
- _____

Мне сообщены, разъяснены врачом возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование разрушения зуба; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; нарушения общего состояния организма.

Возможные осложнения (риски) **под влиянием анестезии**, на проведение которой согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Возможные осложнения (риски) после постановки пломбы, а именно:

Воспаление пульпы (пульпит); повреждение стенки зуба; нарушение краевого прилегания пломбы; перелом зуба, откол пломбы, развитие вторичного кариеса; болевые ощущения после установки пломбы во время приема пищи; растрескивание (перелом) корня зуба; периодонтит; чувство жжения в полости рта, иные осложнения _____.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (установку Брекет-системы)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,тел_____
(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)
При оказании помощи моему ребенку _____
находясь на лечении в ООО «АЮДент », настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на ортодонтическое лечение, далее «лечение». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.
Я доверяю провести лечение стоматологу_____должность_____
В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.
Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** лечения, а именно выравнивание положения зубов в зубной дуге, коррекция прикуса.
Со мной согласован Индивидуальный План Лечения, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом.
Мне сообщен врачом **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, а именно устранение поворотов, отклонений отдельных зубов, коррекцию соотношения зубных рядов относительно друг друга.
Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, что фактические результаты могут отличаться от предполагаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.
Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны варианты медицинского вмешательства (альтернативные варианты лечения) и их последствиях, а именно:
- ортопедическое лечение
_____
_____
Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:
Отказ от лечения приводит к повышенной нагрузке на зубы при жевании, к затруднению очищения полости рта от налета. Со временем, зубы становятся подвижными, оголяются шейки зубов, между ними появляются промежутки. Неправильный прикус приводит к заболеванию височно-нижнечелюстных суставов, что может приводить к головным болям, щелканью при открывании рта, боли в жевательных мышцах. Ограничения или невозможность в дальнейшем проведения имплантации и/или протезирования.
Мне сообщены врачом возможные осложнения и риски, связанные с ортодонтическим лечением, в том числе:
Я предупрежден, что возможны осложнения **под влиянием анестезии**, на проведение которой согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).
Я предупрежден, что в случае назначения **приема анальгетиков и антибиотиков**, возможны осложнения, а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.
Я предупрежден, что пациенты могут иметь аллергию на некоторые материалы, из которых выполнены компоненты их ортодонтических устройств. Это может потребовать внесения изменений в план лечения или прекращения лечения до его завершения. Хотя и очень редко, но может потребоваться медицинское лечение аллергии на стоматологические материалы.
Я предупрежден, что общие проблемы со здоровьем, такие как нарушения костной, кровеносной или эндокринной системы, многие рецептурные и безрецептурные лекарства (включая бифосфонаты) могут оказывать влияние на ортодонтическое лечение.
Я предупрежден, что лечение может включать использование временных крепежных устройств (например, металлического миниимплантаты или пластины, прикрепленных к кости). Имеются специфические риски, которые связаны с ними. Существует вероятность ослабления миниимплантатов, что потребует их удаления и, возможно, переустановки в другое место и замены винтом большего размера, может потребоваться альтернативный план лечения. Винт и связанный с ним материал может быть случайно проглочен.
Я предупрежден, что ткани вокруг устройства могут воспалиться или инфицироваться, также может произойти разрастание мягких тканей вокруг устройства, что потребует его удаления, хирургического иссечения ткани и/или применения антибиотических или противомикробных полосканий.

Я предупрежден, что существует вероятность поломки миниимплантатов (например, при установке или снятии). Если это произойдет, сломанные части могут остаться во рту или могут быть удалены хирургически. Это может потребовать необходимости обращения к стоматологу, имеющему другую специализацию.
Я предупрежден, что при установке устройств имеется возможность повреждения корня зуба, нерва или перфорации гайморовой пазухи, тогда дополнительное стоматологическое или медицинское лечение может быть необходимо.
Я предупрежден, что во время привыкания к ортодонтической аппаратуре могут возникать болевые ощущения в области обеих челюстей, дискомфорт после установки и активации аппаратуры (обычно 5-7 дней, но возможно до 1 месяца), которые могут усиливаться при приеме пищи, возможно натирание слизистой оболочки полости рта частями аппарата. После периода адаптации все болевые и неприятные ощущения проходят. Продающееся без рецепта болеутоляющее средство может быть рекомендовано в течение данного периода привыкания. Деньги за ортодонтические аппараты, к которым пациенты не могут привыкнуть, не будут возвращены.
Я предупрежден, что во время ортодонтического лечения корни зубов у некоторых пациентов укорачиваются (резорбция корней зубов). Точно не известно, что вызывает резорбцию, также невозможно предсказать, у каких пациентов она возникнет. Однако, многим пациентам удается сохранить зубы с сильно укороченным корнями в течение всей своей жизни. Возможно, будет рекомендовано сделать перерыв в лечении или снять устройства.
Я предупрежден, что может возникнуть воспаление пульпы травмированных зубов. Неадекватная или неправильная гигиена может привести к образованию полостей, изменению цвета зубов, пародонтозу или декальцинации. Такие же проблемы могут возникнуть и без ортодонтического лечения, но их риск больше у лиц проходящих лечение. Эти проблемы могут быть усугублены, если пациент потребляет сладкие напитки или пищу.
Я предупрежден, что у детей и подростков могут возникнуть проблемы, связанные с диспропорциональным ростом челюстей.
Я предупрежден, что могут возникнуть боли в височно-нижнечелюстных суставах, вызывая головные боли или осложнения в области ушей. Многие факторы могут влиять на здоровье челюстных суставов, включая травмы в прошлом (удары в голову или лицо), артрит, наследственную предрасположенность к проблемам с височно-нижнечелюстным суставом, чрезмерное скрежетание зубами или сжимание зубов, плохо сбалансированный прикус и многие медицинские состояния. Проблемы с височно-нижнечелюстным суставом могут возникнуть как при ортодонтическом лечении, так и без него. О любых симптомах заболевания височно-нижнечелюстного сустава, включая боль, щелкание в челюсти, трудность при открывании или закрывании, следует немедленно сообщить врачу-ортодонту. Может быть необходимо лечение врачами другой специализации.
Я предупрежден, что возможна полная неподвижность ретенированного зуба. Зубы могут не прорезаться, остановить рост в пределах кости челюсти, может возникнуть анкилоз зуба (срастание в кость). Часто такие состояния возникают без очевидной причины и в целом не могут быть ожидаемыми. Лечение таких состояний зависит от возраста и наличия или отсутствия места для этого зуба в зубном ряду. Может потребоваться удаление, высвобождение ретинированных зубов или замена протезом.
Я предупрежден, что следует избегать различных видов деятельности или видов пищи, которые могут повредить, ослабить или привести к смещению ортодонтических устройств.
Я предупрежден, что эмаль может быть незначительно повреждена, что потребует реставрационного лечения.
Ослабленные или поврежденные ортодонтические устройства могут при вдохе попасть в дыхательные пути или быть проглочены, также они могут причинить другой вред пациенту. Вам следует сообщать своему **ортодонту** о любых необычных симптомах или любых ослабленных или сломанных устройствах сразу же при обнаружении.
Я предупрежден, что выпадение пломбы, повреждение эмали зуба или протеза (коронка, мост, винир и т. п.) возможно при снятии ортодонтических аппаратов. Возникновение такой проблемы наиболее вероятно при использовании эстетичных (прозрачных или цвета зубной эмали) ортодонтических аппаратов. При повреждении зуба или протеза может потребоваться восстановление зуба/зубов стоматологом, путем повторного протезирования и/или восстановление пломбировачным материалом.
Я предупрежден, что может потребоваться проведения процедуры корректировки смыкания зубов, которая представляет собой методы пришлифовки и сепарации, для чего может быть необходимо удалить небольшое количество эмали между зубами, в области бугров и режущих краев, адаптировав таким образом поверхности, чтобы снизить возможность рецидива.
Иные осложнения:
_____
_____
Я понимаю, что при возникновении любых осложнений, указанных выше, может потребоваться обращение к **стоматологу**, имеющему другую специализацию, или другому врачу для дальнейшего лечения. Оплата за такие услуги не включается в стоимость ортодонтического лечения.
Я понимаю, что законченное ортодонтическое лечение не гарантирует сохранения идеально ровных зубов и достигнутого прикуса в течение всей оставшейся жизни. Для поддержания Ваших зубов в новом положении, достигнутом в результате ортодонтического лечения, потребуется использования удерживающих устройств (ретейнеров).
Я понимаю, что после окончания активного периода лечения необходимо носить ретенционный аппарат (удерживающие устройства) в соответствии с инструкциями, в противном случае могут произойти сдвиг зубов, а также другие неблагоприятные последствия в течение всего срока. В противном случае может развиться рецидив патологии прикуса. Контроль за ношением ретенционного аппарата осуществляется врачом-ортодонтом.
Я понимаю, что со временем могут произойти изменения под действием естественных причин, включая такие привычки как толкание зубов языком, дыхание через рот. В ходе жизни сдвиг зубов происходит у большинства людей. Небольшие неравномерности, особенно в нижних передних зубах, могут быть допустимы. Некоторые изменения могут потребовать дополнительного ортодонтического лечения или, в некоторых случаях, хирургического вмешательства.

Я знаю, что ортодонтическая аппаратура - это инородное тело, которое будет находиться в полости рта весь период лечения. После снятия ортодонтической аппаратуры в полости рта от 2-х лет до пожизненного ношения будет находиться ретейнер, так же являющийся инородным телом.
Я ознакомлен с тем, что перелом, трещина в пластмассовых или металлических деталях ортодонтического аппарата, отрыв брекетов, поломка дуг не относятся к гарантийным случаям. Починка и замена элементов оплачиваются отдельно.
Мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это. Фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения. Лечение может быть более длительным, если имеются привычки, оказывающие воздействие на челюстно-лицевые структуры, если возникает пародонтоз или другие заболевания зубочелюстной системы, или если уровень сотрудничества пациента не является адекватным.
Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною рекомендаций и назначений врача.
Я понимаю, что в случае несоблюдения правил ухода за полостью рта или за аппаратом, врач оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры и прекращении ортодонтического лечения на любом этапе лечения. Деньги за проведенный объем лечения не возвращаются.
Я понимаю, что платежи за мое лечение покрывают только лечение, проводимое данным ортодонтом, и что оплата за лечение, проводимое другими стоматологами или врачами, не включена в счет за мое ортодонтическое лечение.
Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования.

- Получение телерентгенограммы, ортопантомограммы, прицельного снимка, компьютерной томографии, магнитнорезонансной томографии;
- Консультация стоматологов иного профиля;
- Консультация врачей специалистов не стоматологического профиля.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____
Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____ или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (установку несъемных ортодонтических устройств)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,тел_____
(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)
При оказании помощи моему ребенку _____
находясь на лечении в ООО «АЮДент », настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на ортодонтическое лечение, далее «лечение». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.
Я доверяю провести лечение стоматологу _____ должность врач-ортодонт.
В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.
Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** лечения, а именно расширение челюсти, создание дополнительного пространства для выравнивания зубов,
_____.
Со мной согласован Индивидуальный План Лечения, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом.
Мне сообщен врачом **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, а именно расширение верхней челюсти.
Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, что фактические результаты могут отличаться от предполагаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.
Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны варианты медицинского вмешательства (альтернативные варианты лечения) и их последствиях, а именно:
- ортопедическое лечение
_____
_____
Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:
Отказ от лечения приводит к повышенной нагрузке на зубы при жевании, к затруднению очищения полости рта от налета. Со временем, зубы становятся подвижными, оголяются шейки зубов, между ними появляются промежутки. Неправильный прикус приводит к заболеванию височно-нижнечелюстных суставов, что может приводить к головным болям, щелканью при открывании рта, боли в жевательных мышцах. Ограничения или невозможность в дальнейшем проведения имплантации и/или протезирования.
Мне сообщены врачом возможные осложнения и риски, связанные с ортодонтическим лечением, в том числе:
Я предупрежден, что возможны осложнения **под влиянием анестезии**, на проведение которой согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).
Я предупрежден, что в случае назначения **приема анальгетиков и антибиотиков**, возможны осложнения, а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.
Я предупрежден, что пациенты могут иметь аллергию на некоторые материалы, из которых выполнены компоненты их ортодонтических устройств. Это может потребовать внесения изменений в план лечения или прекращения лечения до его завершения. Хотя и очень редко, но может потребоваться медицинское лечение аллергии на стоматологические материалы.
Я предупрежден, что общие проблемы со здоровьем, такие как нарушения костной, кровеносной или эндокринной системы, многие рецептурные и безрецептурные лекарства (включая бифосфонаты) могут оказывать влияние на ортодонтическое лечение.
Я предупрежден, что ткани вокруг фиксации устройства могут воспалиться или инфицироваться, также может произойти разрастание мягких тканей вокруг устройства, что потребует его удаления, хирургического иссечения ткани и/или применения антибиотических или противомикробных полосканий.
Я предупрежден, что при установке устройств имеется возможность повреждения корня зуба, нерва или перфорации гайморовой пазухи, тогда дополнительное стоматологическое или медицинское лечение может быть необходимо.
Я предупрежден, что во время привыкания к ортодонтической аппаратуре могут возникать болевые ощущения, дискомфорт после установки и активации аппаратуры (обычно 5-7 дней, но возможно до 1 месяца), которые могут

усиливаться при приеме пищи, возможно натирание слизистой оболочки полости рта частями аппарата. Деньги за ортодонтические аппараты, к которым пациенты не могут привыкнуть, не будут возвращены.
Я предупрежден, что могут возникнуть боли в височно-нижнечелюстных суставах, головные боли, _____.
О любых симптомах включая боль, щелкание в челюсти, трудность при открывании или закрывании, следует немедленно сообщить врачу-ортодонту. Может быть необходимо лечение врачами другой специализации.
Я предупрежден, что эмаль на опорных зубах может быть незначительно повреждена, что потребует реставрационного лечения.
Ослабленные или поврежденные ортодонтические устройства могут при вдохе попасть в дыхательные пути или быть проглочены, также они могут причинить другой вред пациенту. Вам следует сообщать своему **ортодонту** о любых необычных симптомах или любых ослабленных или сломанных устройствах сразу же при обнаружении.
Я предупрежден что, активация осуществляется в домашних условиях по схеме, разработанной ортодонтом. Также потребуется точное и регулярное посещения ортодонта с целью наблюдения динамики лечения и необходимой корректировки. Не явка на прием к ортодонту может повлечь негативные последствия вплоть до обнуления результатов лечения и/или ухудшения состояния зубо-челюстной системы.
Я предупрежден о возможном наклоне передних зубов, расхождении шва неба, что может потребовать дополнительных медицинских манипуляций (в том числе операцию).
Иные осложнения:
_____
_____
Я понимаю, что при возникновении любых осложнений, указанных выше, может потребоваться обращение к **стоматологу**, имеющему другую специализацию, или другому врачу для дальнейшего лечения. Оплата за такие услуги не включается в стоимость ортодонтического лечения.
Я знаю, что ортодонтическая аппаратура - это инородное тело, которое будет находиться в полости рта весь период лечения.
Я ознакомлен с тем, что перелом, трещина в пластмассовых или металлических деталях ортодонтического аппарата, не относятся к гарантийным случаям. Починка и замена элементов оплачиваются отдельно.
Мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это. Фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения. Лечение может быть более длительным, если имеются привычки, оказывающие воздействие на челюстно-лицевые структуры, если возникает пародонтоз или другие заболевания зубочелюстной системы, или если уровень сотрудничества пациента не является адекватным.
Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною рекомендаций и назначений врача.
Я понимаю, что в случае несоблюдения правил ухода за полостью рта или за аппаратом, врач оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры и прекращении ортодонтического лечения на любом этапе лечения. Деньги за проведенный объем лечения не возвращаются.
Я понимаю, что платежи за мое лечение покрывают только лечение, проводимое данным ортодонтом, и что оплата за лечение, проводимое другими стоматологами или врачами, не включена в счет за мое ортодонтическое лечение.
Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования.

- Получение телерентгенограммы, ортопантомограммы, прицельного снимка, компьютерной томографии, магнитнорезонансной томографии;
- Консультация стоматологов иного профиля;
- Консультация врачей специалистов не стоматологического профиля.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.
Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____ или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,тел_____
(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)
В случае лечения ребенка (до 15 лет) указать его ФИО _____.
находясь на лечении в ООО «АЮДент », настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на ортопедическое лечение, далее «лечение». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.
Я доверяю провести лечение стоматологу _____должность_____
В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.
Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** лечения, а именно восстановление целостности зубного ряда, восстановление анатомической формы зуба или зубов, восстановление жевательной функции.
Со мною согласован **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, а именно изготовление зубного протеза, обеспечивающего восстановление анатомической и физиологической целостности зубных рядов.
Я понимаю, что потребуется: обезболивание, ретракция десны, препарирование опорных зубов, снятие слепков (верхней или/и нижней челюсти), регистрация прикуса, изготовление модели, примерка каркаса ортопедической конструкции, определение цвета будущей конструкции, ее последующая примерка и коррекция, временная, а затем постоянная фиксация несъемной и/или съемной ортопедической конструкции. Данные этапы могут потребовать большее число посещений, чем указано в плане лечения.
Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания и состояния, что фактические результаты могут отличаться от предполагаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.
Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны варианты медицинского вмешательства (альтернативные варианты лечения) и их последствиях, а именно:
_____
_____
Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:
- преждевременное нарушение целостности изготовленных протезов,
- перелом зуба \ корня \ при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения
- развитие очагов воспаления при отказе от эндодонтической ревизии ранее депульпированных зубов.
- скрытые переломы корней при протезировании зубов , рекомендованных к удалению и сохраняемых в в полости рта по настоянию пациента
- прогрессирование зубоальвеолярных деформаций;
- дальнейшее снижение эффективности жевания;
- ухудшение эстетики;
- нарушение функций речи;
- прогрессирование заболеваний пародонта;
- быстрая утрата зубов остаточного прикуса;
- заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава;
- заболевания желудочно-кишечного тракта;
- нейропатология.

Мне сообщены возможные **осложнения** и риски, связанные с лечением, в том числе:
Возможны осложнения **под влиянием анестезии**, на проведение которой согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).
Я предупрежден, что в случае назначения **приема анальгетиков и антибиотиков**, возможны осложнения, а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.
Я предупрежден, что пациенты могут иметь аллергию на некоторые материалы, из которых выполнены компоненты протезов. Это может потребовать внесения изменений в план лечения или прекращения лечения до его завершения. Хотя и очень редко, но может потребоваться медицинское лечение аллергии на стоматологические материалы.
Я предупрежден, что общие проблемы со здоровьем, такие как нарушения костной, кровеносной или эндокринной системы, многие рецептурные и безрецептурные лекарства (включая бифосфонаты) могут оказывать влияние на лечение.

Я предупрежден, что ткани вокруг протеза могут воспалиться или инфицироваться.
Я предупрежден, что во время привыкания к протезу могут возникать болевые ощущения в области обеих челюстей, дискомфорт после установки, которые могут усиливаться при приеме пищи, возможно, натирание протезом слизистой оболочки полости рта. После периода адаптации все болевые и неприятные ощущения проходят. Продающееся без рецепта болеутоляющее средство может быть рекомендовано в течение данного периода привыкания.
Я предупрежден, что могут возникнуть боли в височно-нижнечелюстных суставах, вызывая головные боли или осложнения в области ушей. Многие факторы могут влиять на здоровье челюстных суставов, включая травмы в прошлом (удары в голову или лицо), артрит, наследственную предрасположенность к проблемам с височно-нижнечелюстным суставом, чрезмерное скрежетание зубами или сжимание зубов, плохо сбалансированный прикус и многие медицинские состояния. Проблемы с височно-нижнечелюстным суставом могут возникнуть как при ортопедическом лечении, так и без него. О любых симптомах заболевания височно-нижнечелюстного сустава, включая боль, щелкание в челюсти, трудность при открывании или закрывании, следует немедленно сообщить врачу-ортопеду. Может быть необходимо лечение врачами другой специализации.
Я предупрежден, что выпадение ранее установленных пломб, повреждение эмали зуба или протеза (коронка, мост, винир и т. п.) возможно при снятии временных и/или постоянных протезов. При повреждении зуба или протеза может потребоваться восстановление зуба/зубов стоматологом, путем повторного протезирования и/или восстановления зуба пломбировачным материалом.
Я предупрежден, что может возникнуть тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше.
Я предупрежден о возможном непроизвольном прикусывание щек и языка.
Я знаю, что протез - это инородное тело, которое будет находиться в полости рта после лечения.
Я предупрежден, что зубочелюстная система, как и весь организм подвергается процессам старения, индивидуальным для каждого человека, (как при наличии протеза, так и без него), которые проявляются в обнажении корня зуба, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов, опущение и изменение формы десны, прогрессирование заболеваний десен, связочного аппарата зуба, разрушение опорных зубов вследствие прогрессирования кариеса, перелома, трещин корней зубов. Поэтому необходимо через некоторое время проводить коррекцию либо переделку протеза (по ситуации) по причинам, не зависящим от работы врача, но обусловленным неизбежными изменениями в полости рта.
Иные осложнения:_____
Со мной согласован Индивидуальный План Лечения, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться 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. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это. Фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения. Лечение может быть более длительным, если возникают осложнения в процессе лечения или если уровень сотрудничества пациента не является адекватным.
Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною рекомендаций и назначений врача.
Я понимаю, что в случае несоблюдения правил ухода за полостью рта и за протезом, врач оставляет за собой право принятия решения о прекращении лечения на любом этапе лечения. Деньги за проведенный объем лечения не возвращаются.
Я понимаю, что платежи за мое лечение покрывают только лечение, проводимое данным врачом-ортопедом, и что оплата за лечение, проводимое другими стоматологами или врачами, не включена в счет за мое ортопедическое лечение.
Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования.

- Получение телерентгенограммы, ортопантомограммы, прицельного снимка, компьютерной томографии, магнитнорезонансной томографии;
- Консультация стоматологов иного профиля;
- Консультация врачей специалистов не стоматологического профиля.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
Лечение зуба (зубов) №_____
Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.
Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.
Дата_____
Подпись _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)
Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Ортопедическое лечение на имплантатах, ранее установленных в другой медицинской клинике

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

В случае лечения ребенка (до 15 лет) указать его ФИО _____.

находясь на лечении в ООО «АЮДент », настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на ортопедическое лечение, далее «лечение». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение стоматологу _____должность врач стоматолог-ортопед

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** лечения, а именно восстановление целостности зубного ряда, восстановление анатомической формы зуба или зубов, восстановление жевательной функции.

Со мною согласован **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, а именно изготовление зубного протеза, обеспечивающего восстановление анатомической и физиологической целостности зубных рядов.

Я понимаю, что потребуется: снятие слепков (верхней или/и нижней челюсти), регистрация прикуса, изготовление модели, примерка каркаса ортопедической конструкции, определение цвета будущей конструкции, ее последующая примерка и коррекция, временная, а затем постоянная фиксация несъемной и/или съемной ортопедической конструкции. Данные этапы могут потребовать большее число посещений, чем указано в плане лечения.

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания и состояния, что фактические результаты могут отличаться от предполагаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны варианты медицинского вмешательства (альтернативные варианты лечения) и их последствиях, а именно:

_____

_____

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:

- преждевременное нарушение целостности изготовленных протезов,
- перелом зуба \ корня \ при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения
- развитие очагов воспаления при отказе от эндодонтической ревизии ранее депульпированных зубов.
- скрытые переломы корней при протезировании зубов , рекомендованных к удалению и сохраняемых в в полости рта по настоянию пациента
- прогрессирование зубоальвеолярных деформаций;
- дальнейшее снижение эффективности жевания;
- ухудшение эстетики;
- нарушение функций речи;
- прогрессирование заболеваний пародонта;
- быстрая утрата зубов остаточного прикуса;
- заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава;
- заболевания желудочно-кишечного тракта;
- нейропатология.

Мне сообщены возможные **осложнения** и риски, связанные с лечением, в том числе:

Возможны осложнения **под влиянием анестезии**, на проведение которой согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

Я предупрежден, что в случае назначения **приема анальгетиков и антибиотиков**, возможны осложнения, а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я предупрежден, что пациенты могут иметь аллергию на некоторые материалы, из которых выполнены компоненты протезов. Это может потребовать внесения изменений в план лечения или прекращения лечения до его завершения. Хотя и очень редко, но может потребоваться медицинское лечение аллергии на стоматологические материалы.

Я предупрежден, что общие проблемы со здоровьем, такие как нарушения костной, кровеносной или эндокринной системы, многие рецептурные и безрецептурные лекарства (включая бифосфонаты) могут оказывать влияние на лечение.

Я предупрежден, что ткани вокруг протеза могут воспалиться или инфицироваться.

Я предупрежден, что во время привыкания к протезу могут возникать болевые ощущения в области обеих челюстей, дискомфорт после установки, которые могут усиливаться при приеме пищи, возможно, натирание протезом слизистой оболочки полости рта. После периода адаптации все болевые и неприятные ощущения проходят.
Я предупрежден, что могут возникнуть боли в височно-нижнечелюстных суставах, вызывая головные боли или осложнения в области ушей. Многие факторы могут влиять на здоровье челюстных суставов, включая травмы в прошлом (удары в голову или лицо), артрит, наследственную предрасположенность к проблемам с височно-нижнечелюстным суставом, чрезмерное скрежетание зубами или сжимание зубов, плохо сбалансированный прикус и многие медицинские состояния. Проблемы с височно-нижнечелюстным суставом могут возникнуть как при ортопедическом лечении, так и без него. О любых симптомах заболевания височно-нижнечелюстного сустава, включая боль, щелкание в челюсти, трудность при открывании или закрывании, следует немедленно сообщить врачу-ортопеду. Может быть необходимо лечение врачами другой специализации.
Я предупрежден, что выпадение ранее установленных пломб, повреждение эмали зуба или протеза (коронка, мост, винир и т. п.) возможно при снятии временных и/или постоянных протезов. При повреждении зуба или протеза может потребоваться восстановление зуба/зубов стоматологом, путем повторного протезирования и/или восстановления зуба пломбировачным материалом.
Я предупрежден о возможном непроизвольном прикусывание щек и языка.
Я предупрежден, что протезирование осуществляется на имплантатах, ранее установленных в другой медицинской клинике, таким образом ООО «АЮДент» не несет ответственность в случае отторжения имплантатов или иных случаев, требующих удаления имплантатов. Я понимаю, что в случае необходимости удаления имплантата, ортопедическая конструкция также подлежит удалению и не может быть использована повторно. Процесс перепротезирования в случае удаления имплантатов будет оплачиваться отдельно.
Я знаю, что протез - это инородное тело, которое будет находиться в полости рта после лечения.
Я предупрежден, что зубочелюстная система, как и весь организм подвергается процессам старения, индивидуальным для каждого человека, (как при наличии протеза, так и без него), которые проявляются в обнажении корня зуба, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов, опущение и изменение формы десны, прогрессирование заболеваний десен, связочного аппарата зуба, разрушение опорных зубов вследствие прогрессирования кариеса, перелома, трещин корней зубов. Поэтому необходимо через некоторое время проводить коррекцию либо переделку протеза (по ситуации) по причинам, не зависящим от работы врача, но обусловленным неизбежными изменениями в полости рта.
Иные осложнения:_____
Со мной согласован Индивидуальный План Лечения, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться 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. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это. Фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения. Лечение может быть более длительным, если возникают осложнения в процессе лечения или если уровень сотрудничества пациента не является адекватным.
Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною рекомендаций и назначений врача.
Я понимаю, что в случае несоблюдения правил ухода за полостью рта и за протезом, врач оставляет за собой право принятия решения о прекращении лечения на любом этапе лечения. Деньги за проведенный объем лечения не возвращаются.
Я понимаю, что платежи за мое лечение покрывают только лечение, проводимое данным врачом-ортопедом, и что оплата за лечение, проводимое другими стоматологами или врачами, не включена в счет за мое ортопедическое лечение.
Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования.

- Получение телерентгенограммы, ортопантомограммы, прицельного снимка, компьютерной томографии, магнитнорезонансной томографии;
- Консультация стоматологов иного профиля;
- Консультация врачей специалистов не стоматологического профиля.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
Лечение зуба (зубов) №_____
Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.
Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.
Дата_____
Подпись _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)
Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ОПРОСА, ОСМОТРА И ИНЫХ ДИАГНОСТИЧЕКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____, тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

При оказании помощи моему ребенку _____

настоящим подтверждаю свое согласие на проведение опроса, осмотра и иных диагностических манипуляций полости рта в ООО «АЮДент», в дальнейшем «осмотр». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о процедуре осмотра, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения осмотра.

Я доверяю провести осмотр стоматологу_____ __должность_____

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о **цели** осмотра, а именно диагностика и выявление патологических процессов в полости рта.

Мне понятен **предполагаемый результат** проведения осмотра, который заключается в постановке диагноза, если в полости рта имеются патологические процессы.

Я понимаю что, во время проведения осмотра, в некоторых клинических случаях, можно установить только предварительный диагноз, а постановка окончательного диагноза возможна только в процессе лечения.

Я понимаю, что во время проведения осмотра будет использоваться медицинский инструментарий.

Мне сообщены, разъяснены врачом возможные последствия, осложнения и риски, связанные с проведением осмотра, а именно во время проведения осмотра возможно появление болевых ощущений, кровоточивости десен и т.д. После проведения осмотра болевые ощущения могут сохраняться в течение нескольких часов.

Мне сообщено и понятно, что для постановки и подтверждения диагноза могут понадобиться обследования.

- Получение телерентгенограммы, ортопантомограммы, прицельного снимка, компьютерной томографии, магнитнорезонансной томографии;
- Консультация стоматологов иного профиля;
- Консультация врачей специалистов не стоматологического профиля.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** проведения осмотра и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

_____

ФИО и Подпись пациента или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____/_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

Информированное добровольное согласие

На рентгенологическое/радиовизиографическое обследование зубочелюстной системы.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____, тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

В случае лечения ребенка (до 15 лет) указать его ФИО _____.

находясь на лечении в ООО «АЮДент », настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на проведение рентгенологического /радиовизиографического обследования зубочелюстной системы.

Рентгенологическое /радиовизиографическое обследование проводится с **целью осуществления** диагностики, консультаций, врачебных назначений и качественного лечения в ООО «АЮДент ».

Мне понятен **предполагаемый результат** рентгенологического /радиовизиографического обследования, который заключается в получении изображения отражающего состояние костной ткани и анатомические детали твердых тканей зуба(ов), костей челюстей.

Со мной **согласован Индивидуальный План** на проведение рентгенологического /радиовизиографического обследования, в котором отражены **технологии, методы и материалы**, которые будут использоваться в процессе рентгенологического /радиовизиографического обследования.

Мне сообщены возможные **риски**, связанные с рентгенологическим /радиовизиографическим обследованием, в том числе: рентгеновское излучение относится к группе радиационных излучений, оно (в определенной дозе) может оказывать негативное влияние на здоровье человека.

Рентгенологическое /радиовизиографическое обследование в ООО «АЮДент » осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры, с минимальной дозой облучения и минимальным риском возможных неблагоприятных последствий.

Назначение обязательного и дополнительного рентгенологического /радиовизиографического обследования осуществляется врачом стоматологом при наличии клинических показаний.

При получении рентгенологического /радиовизиографического снимка неудовлетворительного качества (при движении Пациента во время выполнения обследования, при наличии большой мышечной ткани, плотности тканей лица и прочее) необходимо повторное выполнение снимка. Кроме того, в процессе стоматологического лечения может потребоваться дополнительное рентгенологическое /радиовизиографическое обследование.

При осуществлении рентгенологического /радиовизиографического обследования соблюдаются контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением Пациенту индивидуальных средств защиты; доза облучения при выполнении рентгенологического /радиовизиографического обследования регистрируется в листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического /радиовизиографического обследования, который вклеивается в медицинскую карту стоматологического больного на имя Пациента.

Противопоказаниями для рентгенологического /радиовизиографического обследования являются: беременность на протяжении всего срока (при отсутствии жизненных показаний), отягощенный анамнез жизни и заболевания (пребывание в зонах радиоактивного заражения, проведение Пациентом курса лучевой терапии менее чем за 6 месяцев до проведения рентгенологического /радиовизиографического обследования, выполнение других радиографических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой, работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений).

Мне сообщены, разъяснены врачом последствия отказа от рентгенологического /радиовизиографического обследования, а именно: невыполнение рентгенологического /радиовизиографического обследования является отступлением от технологии лечения, в связи с чем, ООО «АЮДент » не дает гарантий качества стоматологического лечения.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом/ гигиенистом стоматологическим**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

_____

ФИО и Подпись пациента или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____/_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
ПРОЦЕДУРЫ ОТБЕЛИВАНИЯ ЗУБОВ

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,тел_____-
(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)
В случае лечения ребенка (до 15 лет) указать его ФИО _____.
находясь на лечении в **ООО « АЮДент »**, настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на проведение процедуры отбеливания зубов, в дальнейшем «отбеливание». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время и после проведения отбеливания.
Я доверяю провести отбеливание врачу стоматологу _____ _____должность_____ ___
В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.
Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о **цели** проведения отбеливания, а именно изменение цвета зуба на более светлый, по сравнению с имеющимся.
Со мною согласован **Индивидуальный План отбеливания**.
Я понимаю, что в процессе проведения отбеливания, могут быть выявлены кариозные полости и другие заболевания.
Я понимаю что, в зависимости от состояния зубов и дёсен пациента врач индивидуально назначает вид и схему отбеливания зубов.
Мне сообщено, что эффект отбеливания зубов невозможно определить заранее в силу медицинской специфики данной процедуры.
Врач сообщил мне что , абсолютными противопоказаниями для проведения отбеливания зубов являются:
- возраст до 18 лет, беременность, кормление грудью, аллергические реакции на перекись водорода, кариес, гингивит, пародонтоз, пародонтит.

Врач сообщил мне о том, что перед проведением отбеливания необходимо: провести профессиональную гигиеническую чистку зубов (т.к. это непосредственно влияет на процесс отбеливания зубов) и закрыть пломбировочным материалом кариозные полости и открытые каналы зубов.
Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны альтернативные варианты медицинского вмешательства и их последствия, а именно:

- _____
- _____

Мне сообщены, разъяснены врачом возможные последствия, осложнения и риски во время и после проведения **отбеливания:**
- появление чувствительности зубов и воспаления дёсен, эти явления носят временный характер.
- При отбеливания зубов с удалённым нервом (стенки таких зубов обычно истончены и ослаблены) возможно появление трещин или переломов стенок зуба.
- При нарушении пациентом рекомендованной врачом схемы отбеливания зубов возможно возникновение необратимых изменений в структуре зубов. В этом случае, а также в случае, когда у пациента появляются интенсивные, непроходящие боли зубов или дёсен в процессе отбеливания зубов, врач прекращает процедуру отбеливания, даже если не достигнут желаемый для пациента результат.

Мне сообщено что:
- окончательный цвет зубов определяется через 2 недели после завершения процедуры отбеливания.
- Все инородные материалы в полости рта (пломбы, коронки, накладки) не отбеливаются, поэтому может потребоваться их замена после окончания процедуры отбеливания зубов.
- Продукты, напитки, химические и лекарственные препараты, содержащие интенсивные красители, табакокурение могут снизить эффект отбеливания зубов или вызвать быстрый возврат прежнего цвета после проведённого отбеливания.
- Длительность сохранения эффекта отбеливания зубов зависит от индивидуальных особенностей пациента и равняется в среднем от 1 года до 3 лет. В дальнейшем возможно проведение полных повторных курсов отбеливания.
- Для поддержания эффекта отбеливания необходимо:
  - ограничить курение, употребление интенсивных пищевых красителей;
  - по рекомендации врача проводить краткие повторные курсы домашнего отбеливания (один раз в 3-6 месяцев или реже, по показаниям)
  - пользоваться специальными отбеливающими зубными пастами

Мне сообщена, разъяснена врачом-стоматологом и понятна информация о гарантиях, а именно:
- невозможность предсказания достижения точного результата процедуры отбеливания
- невозможность определения гарантийных сроков и сроков службы в отношении достигнутого результата по причине медицинской специфики процедуры отбеливания, природного (естественного) цвета зубов и особенностей организма.

Иные осложнения: _____

Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур;
- сроки проведения процедур;
- стоимость процедур

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного отбеливания является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом в запланированные сроки.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНЕОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Я, _____,тел_____
(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)
В случае лечения ребенка (до 15 лет) указать его ФИО _____.
находясь на лечении в ООО «АЮДент », настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на пародонтологическое лечение, далее «лечение». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.
Я доверяю провести лечение стоматологу _____должность_____
В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.
Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** лечения, а именно устранение инфекционного очага в тканях, окружающих зуб/зубы; устранение патологичных тканей, окружающих зуб/зубы, удаление гипертрофированных тканей; удлинение коронковой части зуба.
Со мною согласован **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, а именно подавление воспалительных процессов в тканях, окружающих зуб/зубы, устранение патологичных тканей, окружающих зуб/зубы, удаление гипертрофированных тканей; удлинение коронковой части зуба.
Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания и состояния; что фактические результаты могут отличаться от предполагаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.
Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны варианты медицинского вмешательства (**альтернативные варианты лечения**) и их последствиях, а именно:
_____
_____
_____
_____
Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:
прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря (зубов); системные проявления заболевания.
Мне сообщены возможные **осложнения** и риски, связанные с лечением, в том числе:
Возможны осложнения **под влиянием анестезии**, на проведение которой согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).
Я предупрежден, что в случае назначения **приема анальгетиков и антибиотиков**, возможны осложнения, а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.
Я предупрежден о возможных осложнениях, которые могут возникнуть в процессе и после лечения, а именно (ненужное зачеркнуть, нужное добавить): болевые ощущения; отек десны и мягких тканей; образование гематомы; появление или усиление подвижности зуба (зубов); обнажение корня зуба; появление промежутков между зубами; возможное появление повышенной чувствительности зубов к различным раздражителям; _____.
Со мной согласован **Индивидуальный План Лечения**, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться 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. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это. Фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения. Лечение может быть более длительным, если возникают осложнения в процессе лечения и/или пациент не соблюдает рекомендаций врача
Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною рекомендаций и назначений врача.
Я понимаю, что платежи за мое лечение покрывают только лечение, проводимое данным врачом, и что оплата за лечение, проводимое другими стоматологами или врачами, не включена в счет за пародонтологическое лечение.
Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования.

- Получение телерентгенограммы, ортопантомограммы, прицельного снимка, компьютерной томографии, магнитнорезонансной томографии;
- Консультация стоматологов иного профиля;

- Консультация врачей специалистов не стоматологического профиля.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Вопрос пациента:_______
Ответ врача:_____
Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

НА КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ИЛИ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ ПЕРИДОНТИТА

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

В случае лечения ребенка (до 15 лет) указать его ФИО _____.

находясь на лечении в ООО «АЮДент », настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на консервативное лечение периодонтита, в дальнейшем «лечение». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение врачу- стоматологу _____должность_____ _

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** лечения, а именно устранение инфекции внутри корневой канальной системы и в периапикальных тканях зуба.

Со мною согласован предполагаемый результат оказания медицинской помощи, а именно удаление инфицированной пульпы, устранение инфекционного очага в периодонтальной щели зуба и пломбирование корневых каналов; пломбирование коронки зуба.

Мне сообщено, что при хроническом периодонтите происходит расширение периодонтальной щели и/или в области верхушки причинного зуба образуется дефект (деструкция) костной ткани, соответственно отдаленным **предполагаемым результатом** оказания медицинской помощи является восстановление костной ткани в области верхушки причинного зуба в течение 3-6 месяцев.

Я понимаю, что фактический результат может отличаться от предполагаемого результата, а именно возможно возникновение рецидива заболевания, т.к. восстановление костной ткани зависит от многих факторов: сопутствующие заболевания, возраст, курение, окружающая среда. Более того, процесс восстановления костной ткани также зависит от иммунной системы организма Пациента.

Лечение состоит из нескольких посещений, причем количество посещений зависит от скорости и объемов восстановления костной ткани, соответственно число посещений может меняться в зависимости от клинической ситуации.

Количество и сроки посещений устанавливаются врачом.

Я понимаю, что несоблюдение назначений врача может привести к отсутствию предполагаемого результата и/или к ухудшению клинической ситуации.

При отсутствии признаков восстановления костной ткани, а также при развитии рецидива патологических изменений, возможно, потребуется более длительный срок лечения или операция Резекция верхушки корня, или удаление зуба.

Данные манипуляции будут проведены за отдельную плату.

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, что фактические результаты могут отличаться от предполагаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны варианты медицинского вмешательства (альтернативные варианты лечения) и их последствиях, а именно:

- Резекция верхушки корня
- Удаление пораженного зуба (пораженных зубов)
- _____

Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:

развитие инфекции; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; флегмона, абсцесс, остеомиелит, а также нарушения общего состояния организма

Возможные осложнения и риски в процессе и после лечения, а именно:

Возможные осложнения **под влиянием анестезии**, на проведение которой согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

Возможные осложнения после приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я предупрежден, что могут возникнуть болевые ощущения во время и после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты, если сочтет это нужным;

Я предупрежден, что во время обработки корневых каналов, особенно искривленных, и/или ранее лечанных, возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент

может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи лечения и могут повлечь за собой потерю зуба или вызвать необходимость применения других манипуляций;
если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение). Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению;
Я предупрежден о том, что даже при успешном завершении лечении нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем;
Я предупрежден о том, что существует определенный процент (5—10%) неудач лечения, что может потребовать перелечивания корневых каналов в будущем, хирургического вмешательства в области верхушки корня и даже удаления зуба.
При перелечивании корневых каналов процент успеха лечения снижается, что связано:
- с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;
- с плохой проходимостью корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов).
Сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат лечения;
Иные осложнения: _____
Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения лечения.
Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, по усмотрению врача, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).
Со мной согласован Индивидуальный План Лечения, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться 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. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это. Фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения. Лечение может быть более длительным, если возникают осложнения в процессе лечения или если пациент не выполняет назначений врача.
Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною рекомендаций и назначений врача.
Я понимаю, что платежи за мое лечение покрывают только лечение, проводимое данным врачом, и что оплата за лечение, проводимое другими стоматологами или врачами, не включена в счет за мое терапевтическое лечение.
Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования.

- Получение телерентгенограммы, ортопантомограммы, прицельного снимка, компьютерной томографии, магнитнорезонансной томографии;
- Консультация стоматологов иного профиля;
- Консультация врачей специалистов не стоматологического профиля.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____
Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНЕОЕ СОГЛАСИЕ

на проведении операции пластики мягких тканей в полости рта (пересадка субэпителиального соединительнотканного трансплантата).

Я, _____, тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

В случае лечения ребенка (до 15 лет) указать его ФИО _____.

находясь на лечении в ООО «АЮДент», настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на проведении операции пластики мягких тканей в полости рта, далее «лечение». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение указанному ниже стоматологу

_____должность_____В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** лечения, а именно устранение рецессий и дефектов десневого края, а также профилактика рецессии десневого края в том числе при реставрационных работах.

Со мною согласован предполагаемый результат оказания медицинской помощи, а именно в закрытии дефекта десневого края субэпителиальным соединительнотканным трансплантатом, взятым с верхнего неба пациента или с иной поверхности полости рта пациента.

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания и состояния; что фактические результаты могут отличаться от предполагаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны варианты медицинского вмешательства (альтернативные варианты лечения) и их последствия.

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря (зубов); _____.

Мне сообщены возможные **осложнения** и риски, связанные с лечением, в том числе: отторжение трансплантата, болевые ощущения; отек десны и мягких тканей; образование гематомы; появление или усиление подвижности зуба (зубов); обнажение корня зуба; появление промежутков между зубами; возможное появление повышенной чувствительности зубов к различным раздражителям;_____

Я понимаю что лечение не может гарантировать 100% результат, так как приживаемость трансплантата в многом зависит от индивидуальных особенностей организма. Также мне сообщено, что приживаемость трансплантата может ухудшаться при курении, приеме алкогольных напитков, сахарном диабете, _____

Возможны осложнения **под влиянием анестезии**, на проведение которой согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

Я предупрежден, что в случае назначения **приема анальгетиков и антибиотиков**, возможны осложнения, а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Со мной согласован **Индивидуальный План Лечения**, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться 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. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это. Фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения. Лечение может быть более длительным, если возникают осложнения в процессе лечения и/или пациент не соблюдает рекомендаций врача. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною рекомендаций и назначений врача.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНЕОЕ СОГЛАСИЕ

НА ПРОВЕДЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ПЛАСТИКИ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА, ГУБ, ЩЕК

Я, _____,тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

В случае лечения ребенка (до 15 лет) указать его ФИО _____.

находясь на лечении в ООО «АЮДент », настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на проведение операции пластики уздечки языка (щек, губ) далее «лечение». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение стоматологу _____должность_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** лечения, а именно устранение патологических внутриротовых тяжей. Патологические тяжи могут обуславливать плохую дикцию, разрушение костной ткани челюстей и т.д.

Со мною согласован **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, а именно иссечение/ надрез патологических внутриротовых тяжей.

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания и состояния; что фактические результаты могут отличаться от предполагаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря (зубов).

Мне сообщены возможные **осложнения** и риски, связанные с лечением, в том числе:

Возможны осложнения **под влиянием анестезии**, на проведение которой согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

Я предупрежден, что в случае назначения **приема анальгетиков и антибиотиков**, возможны осложнения, а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я предупрежден о возможных осложнениях, которые могут возникнуть в процессе и после лечения, а именно: болевые ощущения; отек десны и мягких тканей; образование гематомы; появление или усиление подвижности зуба (зубов); обнажение корня зуба; появление промежутков между зубами; возможное появление повышенной чувствительности зубов к различным раздражителям, _____.

Со мной согласован **Индивидуальный План Лечения**, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться 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. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это. Фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения. Лечение может быть более длительным, если возникают осложнения в процессе лечения и/или пациент не соблюдает рекомендаций врача

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною рекомендаций и назначений врача.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

При оказании помощи моему ребенку _____

находясь на лечении в **ООО « АЮДент »**, настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на проведение профессиональной гигиены полости рта, в дальнейшем «профессиональная гигиена». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время и после проведения профессиональной гигиены.

Я доверяю провести профессиональную гигиену врачу стоматологу/ гигиенисту стоматологическому _____должнотсь_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о **цели** проведения профессиональной гигиены, а именно удаление зубных отложений и пигментированного налета.

Со мною согласован **Индивидуальный План лечения (Профессиональной гигиены)**.

Я понимаю, что в процессе проведения профессиональной гигиены, могут быть выявлены кариозные полости и другие заболевания.

Мне сообщено, что в результате проведения профессиональной гигиены происходит осветление зубов только до натурального цвета, т.к. эта процедура не относится к отбеливающим.

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны альтернативные варианты медицинского вмешательства и их последствия, а именно:

- _____
- _____

Мне сообщены, разъяснены врачом возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от проведения профессиональной гигиены, а именно: прогрессирование заболевания пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета

Мне сообщены, разъяснены врачом возможные негативные последствия **медицинского вмешательства:**

При проведении профессиональной гигиены, в случаях повышенной чувствительности зубов, необходимо проведение анестезии, следовательно возможны осложнения (риски) **под влиянием анестезии**, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

Возможные осложнения на этапах и после проведения профессиональной гигиены, а именно:

- в процессе проведения профессиональной гигиены - дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, образование гематомы, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; выпадение дефектных пломб, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием;
- после проведения профессиональной гигиены - повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в деснах, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

Иные осложнения: _____

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

Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур;
- сроки проведения процедур;
- стоимость процедур

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом в запланированные сроки.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом/ гигиенистом стоматологическим**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ЛЕЧЕНИЕ ПУЛЬПИТА БИОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____, тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

При оказании помощи ребенку _____

находясь на лечении в ООО «АЮДент », настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на лечение пульпита биологическим методом, в дальнейшем «лечение». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение врачу- стоматологу_____должность_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** лечения, а именно сохранение зуба живым (витальным).

Врач разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного лечения, преимущества живого зуба перед мертвым (депульпированным), которые заключаются в меньшей хрупкости живого зуба, в большей устойчивости живого зуба и т.д.

Со мною согласован предполагаемый результат оказания медицинской помощи, а именно постановка лечебного материала на дно препарированной полости зуба, с последующим пломбированием коронковой части зуба с восстановлением анатомической формы зуба.

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, что фактические результаты могут отличаться от ожидаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны варианты медицинского вмешательства (альтернативные варианты лечения) и их последствиях, а именно:

- Удаление пораженного зуба (пораженных зубов)
- Эндодонтичкское лечение (удаление пульпы зуба)
- _____

Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:

развитие инфекции; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; а также нарушения общего состояния организма

Возможные осложнения и риски в процессе и после лечения, а именно:

Возможные осложнения **под влиянием анестезии**, на проведение которой согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я предупрежден, что могут возникнуть болевые ощущения во время и после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты, если сочтет это нужным; При появлении длительных, самопроизвольных болей зуб необходимо будет депульпировать (эндодонтическое лечениея). Депульпирование будет проведено за отдельную плату, иные осложнения: _____
_____

Со мной согласован Индивидуальный План Лечения, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться 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. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это. Фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения. Лечение может быть более длительным, если возникают осложнения в процессе лечения или пациент не выполняет назначений врача.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною рекомендаций и назначений врача.

Я понимаю, что платежи за мое лечение покрывают только лечение, проводимое данным врачом, и что оплата за лечение, проводимое другими стоматологами или врачами, не включена в счет за мое терапевтическое лечение.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования.

- Получение телерентгенограммы, ортопантомограммы, прицельного снимка, компьютерной томографии, магнитнорезонансной томографии;
- Консультация стоматологов иного профиля;
- Консультация врачей специалистов не стоматологического профиля.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____
Вопрос пациента:_____
Ответ врача:_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____ _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

На проведении операции по поводу резекции верхушки корня.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____, тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

В случае лечения ребенка (до 15 лет) указать его ФИО _____.

находясь на лечении в ООО «АЮДент », настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на Резекцию верхушки коря, в дальнейшем «РВК». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение врачу- стоматологу _____должность_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** РВК, а именно устранение очага инфекции в области верхушки корня и удаление самой верхушки корня зуба, для сохранения зуба.

Мне сообщено, что после проведения РВК в области верхушки причинного зуба остается дефект костной ткани, соответственно **предполагаемым результатом** оказания медицинской помощи является восстановление костной ткани в области верхушки причинного зуба в течение 3-6 месяцев.

Я понимаю, что фактический результат может отличаться от предполагаемого результата, а именно возможно возникновение рецидива заболевания, т.к. восстановление костной ткани зависит от многих факторов: сопутствующие заболевания, возраст, курение, окружающая среда. Более того, во время проведения РВК невозможно полностью удалить патогенную микрофлору в районе верхушки корня, соответственно также возникает риск возникновения рецидива, т.к. в данном случае процесс восстановления костной ткани зависит от иммунной системы организма Пациента.

После проведения операции необходимо диспансерное наблюдение (следует приходить на бесплатный контрольный осмотр не реже 1 раза в 6 месяцев).

При отсутствии признаков заживления, а также при развитии рецидива патологических изменений, возможно, потребуется повторная операция РВК, или удаление зуба. Данные манипуляции будут проведены за отдельную плату.

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, что фактические результаты могут отличаться от предполагаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

До моего сведения доведены возможные альтернативные варианты лечения, а именно:

Удаление зуба

_____

_____

Я ознакомлен (а) с возможными негативными последствиями отказа от рекомендованного плана лечения, или частичного его выполнения, а именно:

Заболевание кости, атрофия костной ткани, воспаление десны, подвижность зубов, ухудшение эстетики зубного ряда, отеки, абсцессы, флегмоны.

_____

_____

_____

Мне сообщены возможные **осложнения** и риски, связанные с РВК, в том числе:

Возможные осложнения **под влиянием анестезии**, на проведение которой согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

Возможные **последствия приема анальгетиков и антибиотиков** (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я проинформирован(а) о возможных осложнениях во время и после РВК а именно: воспаление верхне-челюстного синуса, переломы и вывихи нижней челюсти, повреждения и вывихи соседних зубов, кровотечения ,гематомы ,отеки ,альвеолиты ,абсцессы ,флегмоны, иные осложнения: _____

Я понял(а), что после РВК рекомендуется:.

1. В течение 2-х часов воздержаться от приема пищи.
2. В день проведения РВК не полоскать рот, не употреблять горячей, острой пищи, алкоголя.
3. Не трогать место наложения швов зуба языком или пальцами.
4. Не греть место проведения РВК грелкой или компрессами. Прикладывать со стороны проведения РВК к щеке холод через полотенце (по 20-30 минут 3-4 раза в день).

5. В течение 2-х суток избегать физических нагрузок, переохлаждения, перегрева.

Со мной согласован Индивидуальный План Лечения, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться в процессе РВК, 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. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это. Фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения. Лечение может быть более длительным, если возникают осложнения в процессе РВК и/или пациент не соблюдает рекомендаций врача

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною рекомендаций и назначений врача.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного проведения РВК могут понадобиться обследования.

Получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка, компьютерной томографии;

Консультация стоматологов иного профиля;

Консультация врачей специалистов не стоматологического профиля.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

РВК (зубов) №_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
СЕРЕБРЕНИЕ ВРЕМЕННОГО (МОЛОЧНОГО) ЗУБА

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и я согласен (на) с названными (озвученными) мне условиями его проведения.

Я, _____,тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

При оказании помощи моему ребенку _____

находясь на лечении в **ООО «** АЮДент », настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на серебрение временного зуба, в дальнейшем «лечение». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого (степень родства)_____), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение стоматологу_____должность_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о **цели** лечения, а именно профилактика кариозного поражения и сохранение временного зуба. Сохранение временного зуба в зубной дуге способствует правильному формированию постоянного зубного ряда.

Со мною согласован **Индивидуальный План Лечения**.

Мне понятен **предполагаемый результат** оказания медицинской помощи, который заключается в покрытии временных зубов раствором серебра.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

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

Мне сообщены возможные **риски**, связанные с лечением, в том числе: **нарушение эстетики в связи с появлением черного окрашивания на леченых зубах**, нарушение вкусовой чувствительности.

Мне сообщены, разъяснены врачом и понятны **альтернативные варианты** медицинского вмешательства и их последствия, а именно:

- Покрытие пломбировочным материалом
- _____

Мне сообщены, разъяснены врачом возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование кариеса; развитие его осложнений;

Я понимаю, что серебрение – это не реставрация зуба, что серебрение лишь тормозит процесс разрушения молочного зуба.

Я понимаю, что после серебрения молочный зуб, вероятно, изменит свой цвет (потемнеет).

Я понимаю, что результат серебрения не может быть гарантирован. Не исключается в дальнейшем необходимость лечения зуба пломбировочным материалом, и даже необходимость удаления зуба в связи с дальнейшим развитием кариозного процесса.

Я понимаю, что необходимо строго соблюдать график посещения врача

Я понимаю, что необходимо соблюдать все рекомендации врача

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Лечение зуба (зубов) №_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись _____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)

Подпись врача_____

Согласно п. 1 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство.

Информированное добровольное согласие
На проведение операции наращивания костной ткани (Синус Лифтинг).

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (на) с названными мне условиями его проведения.

Я, _____,тел_____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента или его законного представителя - полностью)

В случае лечения ребенка (до 15 лет) указать его ФИО _____.

находясь на лечении в ООО «АЮДент », настоящим подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство, а именно на проведение операции наращивания костной ткани (Синус Лифтинг), в дальнейшем «Синус Лифтинг». Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого), а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время проведения диагностических и лечебных процедур.

Я доверяю провести лечение врачу- стоматологу

_____должность_____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о **цели** Синус Лифтинга, а именно наращивание костной ткани с помощью материала способствующему остеосинтезу на верхней челюсти, необходимой для последующей фиксации имплантатов.

Мне сообщено, что **предполагаемым результатом** Синус Лифтинга является стимуляция роста костной ткани.

Я понимаю, что фактический результат может отличаться от предполагаемого результата, т.к. рост костной ткани зависит от многих факторов: сопутствующие заболевания, возраст, курение, окружающая среда, иммунная система пациента.

После проведения операции необходимо наблюдение.

Я понимаю, что в процессе лечения, могут быть выявлены другие заболевания, что фактические результаты могут отличаться от предполагаемых результатов, что допустимо уточнение диагноза в процессе лечения.

Я понимаю, что допустима коррекция врачом намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

До моего сведения доведены возможные **альтернативные варианты** лечения, а именно:

_____

_____

Я ознакомлен (а) с возможными негативными последствиями отказа от рекомендованного плана лечения, или частичного его выполнения, а именно:

Объем костной ткани не позволит установить имплантаты достаточной длины.

_____

Мне сообщены возможные **осложнения** и риски, связанные с Синус Лифтингом, в том числе:

Возможные осложнения **под влиянием анестезии**, на проведение которой согласен (а), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, гематома кожи лица, снижение внимания, аллергические реакции, невропатия (временное (до нескольких месяцев) онемение, потеря чувствительности в области языка, губ и других мягких тканей лица).

Возможные **последствия приема анальгетиков и антибиотиков** (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я проинформирован(а) о возможных осложнениях во время и после Синус Лифтинга а именно: разрыв (перфорация) слизистой оболочки полости верхне-челюстного синуса, воспаление верхне-челюстного синуса, переломы верхней челюсти, инфицирование, формирование ороантрального свища, болезненность и нарушение пассажа жидкости из пазухи, кровотечения ,гематомы ,отеки ,абсцессы ,флегмоны, иные осложнения: _____

_____

Я понял(а), что после Синус Лифтинга рекомендуется:.

1. В течение 2-х часов воздержаться от приема пищи.
2. В день проведения операции не полоскать рот, не употреблять горячей, острой пищи, алкоголя.
3. Не трогать место наложения швов зуба языком или пальцами.
4. Не греть место проведения операции грелкой или компрессами. Прикладывать со стороны проведения Синус Лифтинга к щеке холод через полотенце (по 20-30 минут 3-4 раза в день).
5. В течение 2-х суток избегать физических нагрузок, переохлаждения, перегрева.
6. Я предупрежден ,что мне не желательно летать на самолете и нырять (погружаться с аквалангом)в течении 2 месяцев ,тк это может быть следствием отторжения костной ткани.

Со мной согласован Индивидуальный План Лечения, в котором отражены технологии, методы и материалы, которые будут использоваться в процессе Синус Лифтинга, 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. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это. Фактическое время лечения обычно близко к расчетному времени лечения, но возможно изменение предполагаемых сроков лечения. Лечение может быть более длительным, если возникают осложнения в процессе Синус Лифтинга и/или пациент не соблюдает рекомендаций врача

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною рекомендаций и назначений врача.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного проведения Синус Лифтинга могут понадобиться обследования.

Получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка, компьютерной томографии;

Консультация стоматологов иного профиля;

Консультация врачей специалистов не стоматологического профиля.

Я обсудил данную форму с нижеподписавшимся **стоматологом**, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения, у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Вопрос пациента:_____

Ответ врача:_____

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица (ФИО , телефон) _____.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата_____

Подпись_____или подпись его законного представителя (с пометкой о степени родства)_

Подпись врача_____