

**Центр реконструктивной стоматологии и косметологии
ООО «Перфект Клиник»**

**Информированное добровольное согласие на проведение
медицинского вмешательства**

Хирургическое лечение молочных зубов

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении моего ребенка (ребенка, которого я опекаю и сопровождаю)

ФИО ребенка

и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения.

1. Я, _____
ФИО

Даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство _____

соглашаюсь с тем, что лечение ребенка будет проводить врач-стоматолог

ФИО (врача) подпись

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

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Диагноз: _____

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.4. Возможность коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно: удаление пораженного зуба (пораженных зубов), не проведение лечения _____

2.6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное дописать, ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания; переход воспаления на зачаток постоянного зуба; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; некоторые нарушения общего состояния организма, развитие осложнений (у детей оно происходит быстрее, чем у взрослых, что обусловлено особенностями кровоснабжения челюстно-лицевой области).

2.7. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте введения; снижение внимания; аллергические реакции. Поскольку после анестезии чувствительность тканей значительно снижена, ребенок может травмировать щеки, губы.

2.8. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков, а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.9. Возможные осложнения в процессе лечения, а именно: дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; повреждение соседних зубов и пломб; натяжение уголков рта, с последующим их расстрескиванием; повреждение нерва, приводящее к онемению или подергиванию губы, онемению

подбородка, десен, зубов, языка в оперированном участке (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным)

2.10. Возможные осложнения после лечения, а именно (ненужное зачеркнуть, нужное добавить): инфекция, требующая дополнительного лечения; ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель; в исключительных случаях, оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти, чтобы не проводить обширную операцию; _____

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

4. Мне названы и со мной согласованы:

- Технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

- Сроки проведения лечения;

- Стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость лечения может быть увеличена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

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

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

Ортопантограмма, компьютерный снимок;

Консультация стоматолога (ов) иного профиля:

Консультация у врача (ей) общего медицинского профиля:

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

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению ребенка на предложенных условиях.

« _____ » _____ 20__ г.

Подпись _____
(законного представителя пациента)

)

**Центр реконструктивной стоматологии и косметологии
ООО «Перфект Клиник»**

**Информированное добровольное согласие на проведение
медицинского вмешательства**

Лечение осложненных форм кариеса постоянных зубов

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении моего ребенка (ребенка, которого я опекаю и сопровождаю)

ФИО ребенка

и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения.

1. Я, _____
ФИО

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство _____

соглашаюсь с тем, что лечение ребенка будет проводить врач-стоматолог

ФИО (врача) подпись

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Диагноз: _____

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.4. Возможность коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно: удаление пораженного зуба (пораженных зубов), не проведение лечения, _____

2.6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное дописать, ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания; переход воспаления на зачаток постоянного зуба; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; некоторые нарушения общего состояния организма, развитие осложнений (у детей оно происходит быстрее, чем у взрослых, что обусловлено особенностями кровоснабжения челюстно-лицевой области).

2.7. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте введения; снижение внимания; аллергические реакции. Поскольку после анестезии чувствительность тканей значительно снижена, ребенок может травмировать щеки, губы.

2.8. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков, а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.9. Возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно (ненужное зачеркнуть, нужное добавить):

Определенный процент (5-10) неэффективного эндодонтического лечения молочных зубов по причине его медицинской специфики, а также индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья;

Необходимость хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаления зуба.

2.10. Существует несколько методов лечения осложненных форм кариеса молочных зубов: Удаляется пульпа из коронковой части зуба, а в корневой части зуба пульпа сохраняется. Такое лечение проводится в одно или три посещения врача;

Оставшаяся часть пульпы удаляется из корней и из коронковой части, корневые каналы пломбируются лекарственными препаратами. Такое лечение возможно в два или три посещения.

2.11. После лечения осложненных форм кариеса необходимо восстановление верхней части зуба, т.е. постановка пломбы и коронки (если зуб разрушен более чем на 1/2).

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

4. Мне названы и со мной согласованы:

Технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

Сроки проведения лечения;

Стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость лечения может быть увеличена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

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

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

Ортопантограмма, компьютерный снимок;

Консультация стоматолога (ов) иного профиля:

Консультация у врача (ей) общего медицинского профиля:

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

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению ребенка на предложенных условиях.

« _____ » _____ 20__ г.

Подпись _____
(законного представителя пациента)

Центр реконструктивной стоматологии и косметологии
ООО «Перфект Клиник»

Информированное добровольное согласие на проведение
медицинского вмешательства

Цифровая рентгенография зубов

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении моего ребенка (ребенка, которого я опекаю и сопровождаю)

ФИО ребенка

и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения.

Я, _____
ФИО

Даю информированное добровольное согласие на цифровую рентгенографию зубов. Соглашаюсь с тем, что процедуру будет проводить врач-стоматолог

ФИО (врача) подпись

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

Цели вмешательства:

Для проведения качественной диагностики и лечения различных заболеваний, аномалий и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования. Поэтому по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения выполняется цифровая рентгенография зубов на цифровом дентальном визиографе.

При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований врач стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. При получении прицельного снимка неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение снимка.

Относительными противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:

- Беременность
- Отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведение пациенту курса лучевой терапии менее чем за 6 месяцев до настоящего времени).
- Выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой.
- Работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений.

Я обязуюсь известить лечащего врача, а также рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний для проведения рентгенологического обследования.

Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной рентгенодиагностической стоматологической аппаратуры, которая дает минимальную дозу облучения и снижает до минимума риск последствий.

Персонал соблюдает контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты.

Я внимательно ознакомилась (ознакомился) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

« ____ » _____ 20__ г.

Подпись _____
(законного представителя пациента)

**Центр реконструктивной стоматологии и косметологии
ООО «Перфект Клиник»**

**Информированное добровольное согласие на проведение
медицинского вмешательства**

**Ортодонтическое лечение
несовершеннолетнего**

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении моего ребенка (ребенка, которого я опекаю и сопровождаю)

ФИО ребенка

и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения.

1. Я, _____
ФИО

Даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство _____

Соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач – стоматолог

ФИО (врача)/ подпись

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

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Диагноз:

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план ортодонтического лечения и подготовки к нему.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач (особенности роста и развития зубочелюстной системы детей и подростков, изменения общего состояния здоровья, беременность и т.д.)

2.5. Допустимость увеличения сроков лечения в определенных случаях, в том числе и нерегулярного посещения или невыполнения рекомендаций врача.

2.6. Возможные альтернативные варианты, а именно:

2.7. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного выполнения, а именно (ненужное зачеркнуть): перелом зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения); зуб коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения); 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

2.8. Возможные осложнения на разных этапах ортодонтического лечения, вследствие ряда причин, не зависящих от врача (ненужное зачеркнуть, нужное добавить):

- Последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
- воспаление десны (кровоточивость, отечность) – вследствие плохой гигиены полости рта, снижение иммунитета или изменение гормонального фона;
- избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций – вследствие несвоевременной явке к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта;
- невозможность перемещения зуба – вследствие горизонтального расположения зуба в кости или сращивание корня зуба с окружающей тканью;
- усиление опускания десны – вследствие развития начальных признаков этого процесса, имеющихся еще до начала лечения;
- рассасывания верхушек корней – вследствие гормональных нарушений, неконтролируемого использования ортодонтического аппарата;
- нарушение речевой функции – временно, на период ортодонтического лечения;
- поломка аппарата и попадания его частей в дыхательные пути или ЖКТ – вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съемного аппарата в бассейне и др.);
- частичная и полная потеря достигнутого результата – вследствие несоблюдения требований к закрепляющему периоду лечения, невыполнений рекомендаций врача, например удалить зачатки зубов «мудрости»), несвоевременного обращения к врачу при поломке аппарата;

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях _____

4. Мне названы и со мной согласованы:

- методы и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня в случае повышения стоимости и обоснует это.

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

6. В случае отказа от лечения на любом этапе возврата денежных средств не предусмотрено.

7. Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях ортодонтического лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую и являющимся неотъемлимой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению ребенка на предложенных условиях.

« _____ » _____ 20__ г.

Подпись _____

(законного представителя пациента)

)

**Центр реконструктивной стоматологии и косметологии
ООО «Перфект Клиник»**

**Информированное добровольное согласие на проведение
медицинского вмешательства**

Лечение осложненных форм кариеса молочных зубов

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении моего ребенка (ребенка, которого я опекаю и сопровождаю)

ФИО ребенка

и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения.

1. Я, _____
ФИО

соглашаюсь с тем, что лечение ребенка будет проводить врач-стоматолог

ФИО (врача) / подпись

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Диагноз: _____

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.4. Возможность коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно: удаление пораженного зуба (пораженных зубов), не проведение лечения, _____

2.6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное дописать, ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания; переход воспаления на зачаток постоянного зуба; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; некоторые нарушения общего состояния организма, развитие осложнений (у детей оно происходит быстрее, чем у взрослых, что обусловлено особенностями кровоснабжения челюстно-лицевой области).

2.7. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте введения; снижение внимания; аллергические реакции. Поскольку после анестезии чувствительность тканей значительно снижена, ребенок может травмировать щеки, губы.

2.8. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков, а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.9. Возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно (ненужное зачеркнуть, нужное добавить):

Определенный процент (5-10) неэффективного эндодонтического лечения молочных зубов по причине его медицинской специфики, а также индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья;

Необходимость хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаления зуба.

2.10. Существует несколько методов лечения осложненных форм кариеса молочных зубов:

Удаляется пульпа из коронковой части зуба, а в корневой части зуба пульпа сохраняется. Такое лечение проводится в одно или три посещения врача;

Оставшаяся часть пульпы удаляется из корней и из коронковой части, корневые каналы пломбируются лекарственными препаратами. Такое лечение возможно в два или три посещения.

2.11. После лечения осложненных форм кариеса необходимо восстановление верхней части зуба, т.е. постановка пломбы и коронки (если зуб разрушен более чем на 1/2).

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

4. Мне названы и со мной согласованы:

- Технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- Сроки проведения лечения;
- Стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость лечения может быть увеличена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

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

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

Ортопантограмма, компьютерный снимок;

Консультация стоматолога (ов) иного профиля:

Консультация у врача (ей) общего медицинского профиля:

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

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению ребенка на предложенных условиях.

« ____ » _____ 20__ г.

Подпись _____
(законного представителя пациента)

**Центр реконструктивной стоматологии и косметологии
ООО «Перфект Клиник»**

**Информированное добровольное согласие на проведение
медицинского вмешательства**

Анестезия

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о необходимости, характере, и возможных осложнениях такого медицинского вмешательства, как местное обезболивание (анестезия), целью которого является безболезненное выполнение любой стоматологической манипуляции моему ребенку (ребенку, которого я опекаю и сопровождаю)

ФИО ребенка

1. Я, _____

ФИО

Даю информированное добровольное согласие на местное обезболивание (анестезия).
Соглашаюсь с тем, что процедуру будет проводить врач-стоматолог

ФИО (врача) / подпись

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

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути процедуры:

Мне разъяснено, что стоматологическое лечение зачастую бывает чрезвычайно болезненным и нуждается, в связи с этим в обезболивании. Местная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания и **последствиями отказа от неё** могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции из-за сильной боли и, следовательно, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, усиление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. При попытке врача выполнить определенные виды стоматологического лечения без применения местной анестезии возможны: потеря сознания, болевой шок. Могут возникнуть или обостриться заболевания сердечно-сосудистой и нервной системы.

Я проинформирован(а) о том, что в зависимости от объема необходимого лечения врач-стоматолог выбирает вид анестезии или сочетает несколько видов местной анестезии. Таковыми видами являются:

2.1. Аппликационная анестезия – это поверхностное обезболивание. Оно применяется при снятии зубных отложений, удалении подвижных зубов, а также перед проведением более глубокого вида анестезии, чтобы снять неприятные ощущения от укола. Для этой цели применяется анестетики в виде спрея, мази или геля.

2.2. Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма. Местная инъекционная анестезия в свою очередь подразделяется на:

2.3. Инфильтрационная анестезия - самый частый вид обезболивания в стоматологической деятельности. Инфильтрационную анестезию выполняют инъекцией анестетика под слизистую оболочку, надкостницу или внутрикостно. Этот вид обезболивания применяется при самых различных стоматологических манипуляциях.

2.4. Проводниковая анестезия. При этом виде обезболивания препарат подводят к ветвям тройничного нерва, при этом обезболивающий эффект наблюдается в заданной области иннервации. Проводниковая анестезия применяется при оперативных вмешательствах в области больших коренных зубов, при операциях на деснах и больших по объему вмешательствах.

Альтернативой данному медицинскому вмешательству является отказ от лечения или выполнение лечения без обезболивания. Я осознаю всю тяжесть последствий данного решения. Я осознаю также, что врач может, а иногда и ДОЛЖЕН отказаться от выполнения многих стоматологических манипуляций без обезболивания из-за невозможности обеспечить мою (представляемого) безопасность.

Осложнениями местной анестезии могут явиться: аллергические реакции организма на медикаментозные препараты, обморок, коллапс, шок, травматизация нервных окончаний и сосудов, потеря чувствительности, невриты, невралгии, постинъекционные гематомы. Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма раствора анестетика и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Эффект обезболивания бывает затруднен в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ или при выраженном эмоциональном стрессе. Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на аллергическую реакцию.

3. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) сокращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ от 21 ноября 2011 г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

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

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

« ____ » _____ 20__ г.

Подпись _____

(законного представителя пациента)

**Центр реконструктивной стоматологии и косметологии
ООО «Перфект Клиник»**

**Информированное добровольное согласие на проведение
медицинского вмешательства**

Цифровая рентгенография зубов

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящей манипуляции и что я согласен (согласна) с названными мне условиями ее проведения.

Я, _____
Ф.И.О.

Даю информированное добровольное согласие на цифровую рентгенографию зубов. Соглашаюсь с тем, что процедуру будет проводить врач-стоматолог

Ф.И.О. (врача) подпись

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

Цели вмешательства:

Для проведения качественной диагностики и лечения различных заболеваний, аномалий и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования. Поэтому по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения выполняется цифровая рентгенография зубов на цифровом дентальном визиографе.

При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований врач стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. При получении прицельного снимка неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение снимка.

Относительными противопоказаниями для рентгенологического обследования являются:

- Беременность
- Отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф, проведение пациенту курса лучевой терапии менее чем за 6 месяцев до настоящего времени).
- Выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой.
- Работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений.

Я обязуюсь известить лечащего врача, а также рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний для проведения рентгенологического обследования.

Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной рентгенодиагностической стоматологической аппаратуры, которая дает минимальную дозу облучения и снижает до минимума риск последствий.

Персонал соблюдает контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты.

Я внимательно ознакомилась (ознакомился) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

«__» _____ 20__ г.

Подпись потребителя _____

Центр реконструктивной стоматологии и косметологии

ООО «Перфект Клиник»

ИНН 2305027890/ОГРН 1122368000754

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(Ф.И.О., дата рождения),

зарегистрированный по адресу: _____

проживающий по адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи в обществе с ограниченной ответственностью ООО «Перфект Клиник».

Медицинским работником _____ в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти: _____

«__» _____ 20__ г. / _____ / _____

/ _____ / _____
(подпись) / (ФИО медицинского работника)

**Центр реконструктивной стоматологии и косметологии
ООО «Перфект Клиник»**

**Информированное добровольное 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 (согласна) с названными мне условиями проведения лечения.

10. Я, _____
ФИО

Даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство _____

Соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач – стоматолог

_____ ФИО (врача)/ подпись

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

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Диагноз:

2.2. Допустимость уточнения диагноза (показаний к протезированию) в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план ортопедического лечения и подготовки к нему.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты протезирования, а именно: _____

2.6. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного выполнения, а именно (ненужное зачеркнуть): перелом зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения); зуб коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения); прогрессирующее зубоальвеолярных деформаций; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функций речи; прогрессирующее заболевание пародонта; быстрая утрата зубов остаточного прикуса; заболевания жевательных мышц и височно – нижнечелюстного сустава; заболевания желудочно – кишечного тракта; невропатология

2.7. Возможные осложнения на разных этапах протезирования (нужное добавить, ненужное зачеркнуть):

- Под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола; снижение внимания; аллергические реакции;
- Последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;

- При снятии старых ортопедических конструкций: _____
- При получении оттисков: _____
- После постановки протеза, а именно: _____

2.8. Необходимость через некоторое время проводить коррекцию либо переделку протеза (по ситуации) по причинам, не зависящим от работы врача, но обусловленным неизбежными изменениями в полости рта, а именно: опущение и изменение формы десны, атрофия костной ткани челюсти, стираемость поверхности зубов. (Время коррекции или переделки протеза зависит от скорости изменений в полости рта конкретного человека.)

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

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

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

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут потребоваться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):
ортопантограмма, прицельный пленочный снимок, прицельный компьютерный снимок; консультация стоматолога (ов) иного профиля:

7. Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

«__» _____ 20__ г.

Подпись потребителя _____

**Центр реконструктивной стоматологии и косметологии
ООО «Перфект Клиник»**

**Информированное добровольное согласие на проведение
медицинского вмешательства**

Отбеливание зубов

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

11. Я, _____
ФИО

Даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство _____

Соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач – стоматолог

ФИО (врача)/ подпись

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

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. В зависимости от состояния зубов и десен пациента врач индивидуально назначает вид и схему отбеливания зубов.

2.2. Эффект отбеливания зубов невозможно определить заранее в силу медицинской специфики данной процедуры.

2.3. Абсолютными противопоказаниями для проведения отбеливания зубов являются: возраст до 18 лет, беременность, кормление грудью, аллергические реакции на перекись водорода.

2.4. Перед проведением процедуры 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.

2.5. При проведении отбеливания зубов возможно появление чувствительности зубов и воспаления десен – эти явления носят временный характер.

2.6. При проведении отбеливания зубов с удаленным нервом (стенки таких зубов обычно истончены и ослаблены) возможно появление трещин или переломов стенок зуба.

2.7. При соблюдении рекомендаций врача в процессе отбеливания не повреждение тканям зубов, т.к. все отбеливающие системы и аппараты для кабинетного отбеливания зубов прошли длительные лабораторные и клинические испытания и имеют необходимые сертификаты.

2.8. 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, не проходящие боли зубов или десен в процессе отбеливания зубов, врач прекращает процедуру отбеливания, даже если не достигнут желаемый для пациента результат.

2.9. Окончательный цвет зубов определяется через 2 недели после завершения процедуры отбеливания.

2.10. Все инородные материалы в полости рта (пломбы, коронки, накладки) не отбеливаются, поэтому может потребоваться их замена после окончания процедуры отбеливания зубов.

2.11. Продукты, напитки, химические и лекарственные препараты, содержащие интенсивные красители, табакокурение могут снизить эффект отбеливания зубов или вызвать быстрый возврат прежнего цвета после проведенного отбеливания.

2.12. Для поддержания эффекта отбеливания необходимо:

- ограничивать 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.

3. Мне сообщена, разъяснена врачом 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.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе отбеливания;
- сроки проведения процедуры;
- стоимость отбеливания одного зуба и объема работ в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня в случае повышения стоимости и обоснует это.

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

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- ортопантограмма, прицельный пленочный или компьютерный снимок;
- консультация стоматолога (ов) иного профиля: _____
- консультация у врача (ей) общего медицинского профиля: _____

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

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

«__» _____ 20__ г.

Подпись потребителя _____