

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение медицинского вмешательства (стоматология
терапевтическая)**

Я,

_____ проинформирован(а) врачом-стоматологом о состоянии моих зубов и полости рта и необходимости проведения терапевтического лечения кариеса, понимаю цель данного лечения.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(ась) с предлагаемым лечением, и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения. Последствием отказа от данного лечения могут быть прогрессирование кариеса и развитие его осложнений, появление, либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба, а также системные проявления заболевания. Альтернативными методами лечения являются удаление пораженного зуба(зубов), отсутствие лечения как такового.

Я ознакомлен(а) с информацией, касающейся каждого аспекта терапевтического лечения моих зубов, и понимаю, что данные аспекты направлены на сохранение моего здоровья.

Я понимаю важность соблюдения гигиены полости рта, обязательность контрольных осмотров и профессионального удаления зубных отложений.

Врач объяснил мне, что кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали, в действительности гораздо больше. Это связано с низкой прочностью расположенного под эмалью дентина. Мне объяснено, что дентин способен пропускать часть бактерий через свою толщу в пульпу зуба, поэтому при повреждении дентина в пульпе формируется очаг воспаления, размер которого зависит от протяженности кариозного дефекта. Очаг воспаления сохраняется после удаления кариеса и пломбирования зуба, а его ликвидация зависит от состояния моей иммунной системы. По этой причине, спустя некоторое время после пломбирования зуба по поводу неосложненного кариеса, может потребоваться эндодонтическое вмешательство (лечение корневых каналов). Я понимаю, что даже при самых тщательных методах диагностики кариеса врач не всегда может обнаружить кариозные повреждения на ранних стадиях. Это касается невидимых глазу поверхностей, которыми зубы примыкают друг к другу. Скрытые в толще эмали, такие полости не видны и на рентгеновских снимках, поэтому контрольные осмотры 1 раз в 6 месяцев позволяют обнаруживать и устранять такие дефекты.

Мне объяснено, что необходимо заменять реставрации, имеющие вторичный кариес или краевые щели, так как развитие кариозного

поражения под такой реставрацией приведет к поражению пульпы и потребует лечения корневых каналов. Если зуб с такими реставрациями ранее уже подвергался лечению корневых каналов, то доступ бактерий к корневым каналам приведет к их инфицированию.

Я, осознаю, что несвоевременное лечение кариеса приведет к осложнениям в виде необратимой гибели пульпы, что в несколько раз увеличит стоимость и сложность лечения данного зуба (зубов).

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии, при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

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

Я ознакомлен(а) с диагнозом, с применяемыми материалами и технологиями, с правилами гигиены и мероприятиями по уходу за полостью рта, с гарантийными сроками и сроками службы, преискурантом. Врач поставил меня в известность, что при реставрации я должен(на) через 6 месяцев подойти к врачу на полировку и профессиональную гигиену, которая оплачивается дополнительно. В случае неявки гарантийный срок на услугу аннулируется.

Я, внимательно прочитал данное согласие и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Содержание его мне понятно и дополнительно разъяснено врачом. Я проинформирован(а) об обработке персональных данных в установленном законом порядке. Сознвая вышеизложенное, я добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства при проведении терапевтического лечения зубов, а также на использование и обработку моих персональных данных по существующим технологиям обработки документов в медико-профилактических целях.

Настоящее согласие является неотъемлемой частью медицинской карты.

Врач _____ Подпись пациента _____

Дата «___»___ 20___ г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение медицинского вмешательства
(стоматология хирургическая)**

Я,

проинформирован(а) врачом-стоматологом о состоянии моих зубов и необходимости хирургической операции, понимаю цель её проведения.

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

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры согласно предписаниям врача.

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

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

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

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения. Я, имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) понятные мне ответы.

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

Я, внимательно прочитал данное согласие и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Содержание его мне понятно и дополнительно разъяснено врачом. Я проинформирован(а) об обработке персональных данных в установленном законом порядке.

Сознавая вышеизложенное, я добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства при проведении хирургической операции, а также на использование и обработку моих персональных

данных по существующим технологиям обработки документов в медико-профилактических целях.

Настоящее согласие является неотъемлемой частью медицинской карты.

Врач _____

Подпись пациента _____

Дата

«___» ____ 20__ г.

Информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение.

1. Я _____ проинформирован(на) врачом-стоматологом-ортопедом _____ о показаниях проведения мне ортопедического лечения и получил(-ла) необходимые разъяснения по поводу диагноза.

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

2.1. Целью ортопедического лечения является долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическая реабилитация.

2.2. Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба при отказе покрыть зуб коронкой после эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, прогрессирование заболеваний пародонта, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, быстрая утрата оставшихся зубов, нарушение речи, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общие заболевания желудочно-кишечного тракта и нервной системы.

2.3. Меня ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые, в моем случае, будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшего разрушения зубов).

2.4. Я понимаю, что в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения, допустима коррекция намеченного плана и технологий лечения, о чем меня предварительно уведомят врач.

2.5. Я проинформирован(-на) о возможных сопутствующих проявлениях:

- при анестезии, обработке зубов, снятии оттисков, корректировке прикуса возможны онемение языка, губ, индивидуальные аллергические реакции, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов;

- при наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, онемение языка и губ, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта;

- при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушения функций речи, жевания, глотания, поломки протезов.

2.6. Я предупрежден(-на), что во время адаптационного периода протез (ортопедическая конструкция) может вызвать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти, натирание слизистой оболочки губ и щек, нарушение речи и другие дискомфортные ощущения.

2.7. Я понимаю, что зубочелюстная система в течение жизни подвергается возрастным изменениям (как при наличии протеза, так и без него), которые проявляются в атрофии десны, атрофии костной ткани, стираемости поверхности зубов, что влечет за собой необходимость коррекции конструкции протеза или его

переделку. Время коррекции или переделки протеза зависит от скорости изменений в полости рта конкретного человека.

3. Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе ортопедического лечения; ориентировочные сроки проведения лечения и его стоимость, т.к. объем работы можно будет определить только в процессе лечения.

4. Мне была предоставлена возможность предварительно ознакомиться с Положением о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ООО «Аванта», мне названы и со мной согласованы гарантии на ортопедическую конструкцию в моем конкретном случае.

5. Я понимаю, что: для постановки точного диагноза и проведения эффективного лечения может потребоваться дополнительное обследование и рентгенологический контроль качества лечения; консультация врачей-стоматологов иного профиля; консультация врача общего медицинского профиля; условием эффективного лечения является выполнение мною плана лечения, плана индивидуальных профилактических мероприятий и соблюдение всех рекомендаций и назначений врача.

6. Я удостоверяю своей подписью следующие факты:

- мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении: о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а так же о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

- я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

7. Я так же даю согласие на использование врачом моих/ лица, в интересах которого дается ИДС фото- и рентгеновских снимков в научных публикациях, для демонстрации работ (лекции, интернет) без указания персональных сведений, а так же при решении спорных вопросов в судебном порядке.

Подпись Пациента _____ / _____ (расшифровка)

Подпись Врача _____ / _____ (расшифровка)

Информированное добровольное согласие на процедуру отбеливания зубов

от " ____ " _____ 20 ____ г.

Мне, _____, врачом _____ предоставлена вся интересующая меня информация о предлагаемой процедуре отбеливания зубов. Отбеливание зубов - косметическая процедура, не имеющая медицинских показаний. Я понимаю цель и суть данной процедуры. Врач оценил состояние моего здоровья и провел обследование зубочелюстной системы для этого вмешательства. Мне объяснили альтернативные методы осветления зубов и, рассмотрев их, я сделал (а) свой выбор сознательно. Я понимаю, что значительное отбеливание может быть достигнуто в большинстве случаев, однако определенный результат не может быть гарантирован. Отбеливание, как и многие другие процедуры, имеет некоторые риски и ограничения. Я понимаю, что для достижения желаемого результата эта процедура может быть выполнена в один/два визита или больше посещений, в зависимости от типа моих зубов. Каждое посещение будет занимать от часа до полутора часов. Меня проинформировали, о том, что в случае проведения клинического отбеливания более чем в одно посещение, перерыв между процедурами может составить от одной до двух недель. Если проходит более двух недель, результаты могут быть менее значительными, т.к. эффективность процедуры будет потеряна. В течение первых 24 часов после отбеливания чувствительность зубов может быть повышена. Эта ощущения обычно проходят в течении 1-2 дней. В случае изначальной чувствительности зубов, врач по согласованию со мной может провести процедуры по снижению чувствительности до отбеливания. Отбеливание может вызвать временное воспаление десен. Также может возникнуть раздражение десен. Меня предупредили, что эти проблемы проходят в течение нескольких дней. Я понимаю, что кариозные полости и/или неплотно прилегающие реставрации должны быть закрыты и/или заменены до отбеливания. Я согласен(а), что после отбеливания возможна коррекция цвета проведенных реставраций вплоть до полной замены реставраций, чтобы они соответствовали новому цвету зубов. Меня предупредили, что невозможно достоверно предсказать какого точно цвета будут зубы после отбеливания. Я полностью понимаю, что во время и после процедуры, состояние может измениться, тогда по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия. Для дополнительной активации геля во время процедуры используется источник света. Поэтому, если у меня имеются меланомы или я нахожусь под фотохимио- и PUVA терапией мне необходимо проконсультироваться с терапевтом до отбеливания. Также если я принимаю любые светочувствительные препараты, то я должен(а) проконсультироваться с лечащим врачом, чтобы избежать фотореакции. После проведения процедуры отбеливания мне рекомендовано отказаться от курения и чрезмерного употребления кофе и других напитков, содержащих красящие вещества. При оказании процедуры отбеливания гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима. Я понимаю необходимость контроля качества проведенной процедуры и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение мне процедуры отбеливания. Подпись пациента _____ Подпись врача _____