



**Информированное добровольное согласие на проведение
терапевтического лечения**

Я, _____
Ф.И.О. пациента, законного представителя

в соответствии с требованиями статьи 32 ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие на проведение терапевтического лечения осуществляемого врачом ООО «Стоматологическая поликлиника» мне/ моему представляемому _____

Ф.И.О. пациента, представляемого лица, г.р.

Я ознакомлен (а) с необходимым первичным планом обследования и возможными методами лечения, включающими в себя: осмотр врача, проведение консультаций специалистов, проведение методов исследований и согласен (а) с применением в рамках договора о предоставлении платных медицинских услуг данных видов медицинских вмешательств. Мне доктор сообщил, о показании лечения зубов с возможным лечением корневых каналов. Доктор разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного лечения, преимущество лечения корневых каналов, перед удалением и последствия, которые могут наступить при невыполнении лечения, и другие возможные осложнения, которые могут возникнуть в ходе и после лечения: 1. Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит препараты, если сочтет это нужным. 2. Отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше. 3. Инфекция. 4. Тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней. 5. Частота неудач составляет 5-10%. (При неудаче может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки или удаление зуба.) 6. Переломы инструментов во время лечения корневого канала, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в канале, или может потребоваться их хирургическое удаление. 7. Перфорация корневого канала инструментами, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению. 8. Преждевременная утрата зуба, вследствие прогрессирующего заболевания пародонта. 9. Избыточное пломбирование каналов, или недопломбировка каналов. 10. Воспалительные явления (или обострения) верхнечелюстной пазухи или нижнечелюстного нерва, парестезия. 11. Возникновение кариеса под пломбой или в другом месте - в этом же зубе. 12. Вскрытие полости зуба. 13. Изменение цвета зуба или пломбы. 14. Обострение воспаления в пульпе зуба с последующим дополнительным лечением корневых каналов. 15. Изменение формы пломбы. При лечении корневых каналов абсолютной гарантии успешного лечения нет. Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки). Я осведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника), предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на моем здоровье. Я понимаю, что я должен(а) прийти на повторный осмотр для того, чтобы доктор мог оценить результаты лечения зубов. В случае несоблюдения режима лечения и неяви на повторно назначенное лечение /нарушение принятого лечебного плана/ поликлиника не несет ответственность за последующие проявления осложнений в результате проведенного лечения. 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 терапевтического лечения.

« ____ » _____ 20__ г.

Подпись пациента _____ (Ф.И.О.)

**Информированное добровольное согласие на проведение
пародонтологического лечения**

Я, _____
Ф.И.О. пациента, законного представителя

в соответствии с требованиями статьи 32 ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие на проведение пародонтологического лечения осуществляемого врачом ООО «Стоматологическая поликлиника» мне/ моему представляемому _____

Ф.И.О. пациента, представляемого лица, г.р.

Пародонтологическое лечение имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма. В ходе лечения могут быть использованы консервативные методы (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, закрытый кюретаж зубодесневых карманов), хирургические методы (открытый кюретаж зубодесневых карманов - лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны), ортопедические методы (шинирование, протезирование). Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов), а также системные проявления заболевания. Альтернативой данного лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отказ от лечения как такового. Хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что оно является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. 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 предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. При оказании пародонтологической помощи результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима. Я понимаю необходимость визуального и рентгенологического контроля качества лечения 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 пародонтологического лечения.

« ____ » _____ 20__ г.

Подпись пациента _____ (Ф.И.О.)

**Информированное добровольное согласие на проведение
хирургического лечения**

Я, _____
Ф.И.О. пациента, законного представителя

в соответствии с требованиями статьи 32 ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие на проведение хирургического лечения осуществляемого врачом ООО «Стоматологическая поликлиника» мне/ моему представляемому _____

ФИО пациента, представляемого лица, г.р.

Хирургическое лечение имеет своей целью создание благоприятных условий для выздоровления и (или) реабилитации пациента за счет внедрения в ткани организма. Последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений. Основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомо- физическими особенностями моего организма. Хирургическое лечение в области верхней челюсти проводится в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти. Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.). Мне понятно, что послеоперационный восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру течения. Может возникнуть отечность десны или лица в области хирургического вмешательства, тризм (ограниченное открывание рта). Эти явления могут продолжаться нескольких дней. Вследствие оперативного лечения также возможно возникновение онемения в области вмешательства, формирование рубца. Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости нового оперативного вмешательства, направленного на пластическое замещение костного дефекта. При этом я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также информирован(а), что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным. Альтернативой лечения является отсутствие (отказ от) лечения. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или уменьшение). В дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического (зубопротезного) лечения. Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения. Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен (а) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям. Я подтверждаю, что назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни и недомогания. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья. Я осведомлена(а) о требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после нее, в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством; после операции необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта. При оказании хирургической помощи результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима. Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте. Я имел(а) возможность задать 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 медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение мне стоматологического хирургического лечения.

« ____ » _____ 20__ г.

Подпись пациента _____ (Ф.И.О.)

Информированное добровольное согласие на проведение ортопедического лечения

Я, _____
ФИО пациента, законного представителя

в соответствии с требованиями статьи 32 ФЗ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие на проведение ортопедического лечения осуществляемого врачом ООО «Стоматологическая поликлиника» мне/ моему представляемому _____

ФИО пациента, представляемого лица, г.р.

Ортопедическое лечение имеет своей целью долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования.

Меня также познакомили 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 дальнейшее разрушение зубов).

Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, коррективке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи. При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.

Меня предупредили, что в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, определенному и согласованному с лечащим врачом.

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

Я имел(а) возможность задать 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 медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение мне стоматологического ортопедического лечения.

« ____ » _____ 20__ г.

Подпись пациента _____ (Ф.И.О.)