

**ООО «Апрель»
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО,
В ТОМ ЧИСЛЕ ОПЕРАЦИЮ**

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Предполагаемый объем оперативного вмешательства _____

1. Мне лично была дана в полном объеме и в доступной для меня форме всесторонняя информация о: 1) цели; 2) характере; 3) обезболивании; 4) способах диагностических и лечебных медицинских вмешательств, а также исчерпывающая информация о результатах моего обследования в связи с предстоящей операцией.
2. Разъяснения по виду, характеру и объему планируемой операции и связанных с ней вероятных осложнений и возможных медико-социальных и психологических последствиях для меня были даны мне лично, в полном объеме и доступной форме « ____ » 20 ____ г. при личной беседе с лечащим врачом.
3. Информирование меня имело предварительный характер, и у меня было достаточно времени на размышления относительно предложенного варианта лечения, у меня больше нет вопросов после того, как мне были даны исчерпывающие и понятные мною ответы.
4. Также были обсуждены альтернативные виды медицинской помощи и возможные, связанные с ними последствия и осложнения.
5. Меня проинформировали о правильном режиме поведения до и после операции.
6. Мне было сообщено, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения, которые потребуют изменить предполагаемый план оперативного вмешательства. В таком случае ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению. Мне также сообщили, что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции.
7. Я знаю, что обязан поставить в известность врача обо всех проблемах со здоровьем, об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарств, а также о злоупотреблениях алкоголем или наркотическими препаратами.
8. Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа, согласен с ними и понял.
9. Подписывая данный документ, я даю согласие на операцию и прошу лечащего врача, персонал клиники и больницы о ее проведении.
10. Подбор и проведение медикаментозного и других видов лечения доверяю своему лечащему врачу.
11. Сообщаю, что информация о состоянии моего здоровья может быть представлена (кому): _____

Подписать пациента или законного представителя

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подписать лечащего врача

Подписать зав. Отделением (руководителя клиники)
« ____ » _____ 20 ____ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА СНЯТИЕ БРЕКЕТ-СИСТЕМЫ

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

Я, _____
(фамилия, имя, отчество - полностью)
_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

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

Я, паспорт: _____, выдан: _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка:

(фамилия, имя, отчество ребенка полностью, год рождения)

результатом ортодонтического лечения удовлетворен(а), со снятием брекет-системы

с верхней/нижней/верхней и нижней челюсти согласен (согласна). _____
(ненужное зачеркнуть) (подпись пациента/законного представителя)

Мне подробно и понятно предоставлена информация об особенностях ухода за зубами после снятия ортодонтической аппаратуры: необходимо провести профессиональную гигиену полости рта и фторирование, пройти консультацию стоматолога-терапевта.

Я (представляемый) согласен после окончания активного периода ортодонтического лечения использовать ретенционный(ые) аппарат(ы) (ретенеры) в течение всего назначенного врачом периода, что является необходимым для закрепления результата лечения. В противном случае может развиваться рецидив зубочелюстной аномалии.

Вид ретенера (несъемная проволочная шина на внутренней поверхности передних зубов/съемный ретенер в виде пластинки или каппы/двучелюстной аппарат), срок его использования и контроль за его использованием определяет врач-ортодонт.

Мне подробно разъяснены обязанности пациента в ретенционном периоде:

- регулярность использования съемных ретенеров в указанном врачом режиме. В случае перерывов в использовании возможно изменение положения зубов, ухудшение эстетики улыбки и прикуса. Из-за этих перемещений после перерыва в использовании съемного ретенера его установка может оказаться невозможной. В этом случае может потребоваться изготовление нового ретенера или повторное ортодонтическое лечение;
- терапевтическое и ортопедическое лечение зубов при использовании съемного ретенера может привести к неплотному наложению аппарата, его балансировке. В этом случае необходимо в кратчайшие сроки записаться на прием врача-ортодонта для коррекции или изготовления нового ретенера;

- съемные ретейнеры следует обязательно брать с собой в поездки длительностью более одного дня и на все приемы врача-ортодонта.;
- каждый день необходимо обращать внимание на целостность несъемных ретейнеров;
- в случае поломки или потери любого ретейнера (съемного/несъемного) следует незамедлительно записаться на прием к врачу-ортодонт. В противном случае, вследствие несвоевременного посещения врача-ортодонта и повторной фиксации удерживающей аппаратуры, может произойти рецидив и смещение зубного ряда. В этом случае врач не может нести ответственность за стабильность результата лечения;
- необходимо осуществлять хорошую гигиену ретейнеров с использованием зубных щеток, ершиков и суперфлосса (специальной зубной нити);
- один раз в шесть месяцев следует проводить профессиональную гигиену полости рта.

К сожалению, даже присутствие в полости рта удерживающей аппаратуры не гарантирует предотвращение смещения зубов. Такое смещение происходит чрезвычайно редко и зависит от индивидуальных особенностей пациента, в том числе от наличия непрорезавшихся зубов «мудрости», характера роста организма, особенностей работы мышц губ и языка. Чтобы вовремя заметить смещение и принять меры для предотвращения дальнейших нежелательных изменений, необходимо посещать врача-ортодонта 2 раза в год или по назначению врача.

В ряде случаев для удержания результатов лечения после снятия брекет-системы необходимо использование дополнительной аппаратуры (трейнеры, каппы и т.п.) или удаление зубов «мудрости».

Если пациенту требуется протезирование после снятия брекет-системы, это необходимо сделать в сроки, рекомендованные врачом. При отказе от протезирования, необходимо изготовить дополнительную удерживающую аппаратуру для предотвращения смещения зубов, соседствующих с дефектом зубного ряда.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы, и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

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

Подпись пациента/законного _____ / _____ /
представителя

Подпись врача _____ / _____ /

Дата _____

Информированное добровольное согласие на проведение ортодонтического лечения

Я, _____,
уполномочиваю врача-ортодонта _____
провести ортодонтическое лечение дефектов зубных рядов и челюстей.

Я получила (а) всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения. Я согласен (сна) с этим методом лечения патологии прикуса (деформации зубного ряда). Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка рта должны быть санированы (вылечены) до начала лечения прикуса.

Я был (а) предварительно проинформирован (а), что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении мной правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба. Я согласен (сна) с тем, что врач-ортодонт оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта. Деньги за проведенный объем лечения не будут возвращены. (Контроль гигиены полости рта будет осуществляться по индексам гигиены).

Я знаю, что ортодонтическая аппаратура – это инородное тело в полости рта. Привыкание к съемной ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени, в среднем это длится 1.5-2 месяца. До начала активного периода лечения врач проводит коррекцию аппаратуры в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта. Деньги за съемные ортодонтические аппараты, к которым пациенты не могут привыкнуть, не будут возвращены.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае могут иметь меньший клинический успех. Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений: кариеса вокруг брекетов, поломки системы и травмирования слизистой оболочки полости рта, рецидива аномалии или деформации отдельных зубов или зубных рядов после снятия системы. Я также предупрежден (а) о возможных заболеваниях пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я согласен (сна) проводить комплексное лечение.

Мне было сообщено, что привыкание к несъемной ортодонтической технике происходит в течение 10-14 дней. В это время могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губы и щеки. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят.

Мне известно, что для нормализации прикуса, возможно, потребуется удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач сообщает до начала ортодонтического лечения. Я предупрежден (а), что при лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний периодонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции.

Я понимаю, что лечение проводится в биологическом организме, в котором все процессы протекают индивидуально, и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех этапов. Поэтому иногда возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде внеплановых манипуляций и (или) изменения срока лечения.

Я согласен (сна) после окончания активного периода лечения носить ретенционный аппарат в течение всего периода, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден (а), что в противном случае может развиваться рецидив патологии прикуса. Я знаю, что контроль за ношением аппарата будет осуществлять врач-ортодонт. (Контроль осуществляется по качеству фиксации ретенционного аппарата в полости рта).

Ремонт съёмной ортодонтической аппаратуры.

Я осведомлен (а), что перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, приварка новых элементов не относятся к гарантийным случаям и должны быть оплачены отдельно, поскольку находятся под постоянной нагрузкой и при их утрате оплачиваются в полном объеме.

Я предупрежден (а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в сроки, указанные в карте. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества ортодонтического лечения.

Я поставлен (а) в известность о том, что в связи с наличием высокой степени риска возникновения осложнений в результате проведенного лечения установление гарантийных сроков невозможно.

Я подтверждаю, что прочитал (а) и понял (а) все вышеизложенное и имел (а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил (а) удовлетворившие меня ответы, и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинской вмешательства.

Подпись пациента: _____

Ф.И.О.

Подпись врача: _____

Ф.И.О.

Приложение № _____ от « _____ » _____ 201 ____ г.
к Истории болезни № _____

**Информированное согласие
на проведение медицинского вмешательства.**

Я _____, уполномочиваю
врача-стоматолога _____, провести эндодонтическое
лечение (лечение корневых каналов) _____

Стоимость лечения _____

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо согласиться, либо отказаться от него.

Доктор поставил мне следующий диагноз: _____

И _____
указал на необходимость лечения корневых каналов этого зуба. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания вплоть до развития и обострения общих заболеваний, инфекционных осложнений.

Альтернативным методом лечения является: удаление пораженного зуба (зубов).

Эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Доктор понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно:

1. Имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба, снятие ортопедической конструкции.

2. Во время лечения корневых каналов возможны: поломка инструментов, перфорация стенки корня. Это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба. Даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что зуб в дальнейшем не даст осложнения.

Доктор также объяснил мне необходимость восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения; в противном случае зуб может разрушиться. Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с доктором).

Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал доктора _____ обо всех случаях аллергии.

Понимая сущность предложенного лечения и особенность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения, вследствие чего мне не могут быть даны какие-либо гарантии. Я понимаю, что в моих интересах приступить к лечению корневых каналов.

Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и неотъемлемой частью договора на оказание медицинских услуг.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

На эндодонтическое лечение согласен (согласна).

Подпись пациента: _____

Подпись доктора: _____

Дата _____

Со стоимостью эндодонтического лечения ознакомлен (ознакомлена).

Подпись пациента: _____

Подпись доктора: _____

Дата _____

Приложение № _____ от « _____ » _____ 201 ____ г.
к Истории болезни № _____

Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Я _____, уполномочиваю
врача-стоматолога _____, провести восстановление
коронковой части зуба _____

Стоимость лечения _____

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо согласиться, либо отказаться от него.

Доктор поставил мне следующий диагноз: _____

И _____
указал на необходимость восстановления коронковой части зуба. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: разрушение зуба вплоть до удаления.

Альтернативным методом лечения является: удаление пораженного зуба (зубов).

Доктор объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после ранее проведенного эндодонтического лечения. Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля, качества предыдущего эндодонтического лечения. Я понимаю, что восстановление ранее эндодонтически леченного зуба возможно: пломбой (при разрушении 1/3 жевательной поверхности зуба) или искусственно литой культевой вкладкой и коронкой (при разрушении более 50% жевательной поверхности зуба).

Ответственность за ранее проведенное эндодонтическое лечение доктор не несет.

Выражая кредит доверия к предыдущему лечению, опираясь на рентгенологические данные (отсутствие изменений в костной ткани, окружающей корень зуба), ревизию устьев канала, плотность obturации канала, сроки предыдущего эндодонтического лечения (не более 5 лет).

Понимаю сущность предложенного мне лечения и отказываюсь от повторной эндосонации.

Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и неотъемлемой частью договора на оказание медицинских услуг.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

На восстановление зуба согласен (согласна):

Подпись пациента: _____ Подпись доктора: _____ Дата _____

Подпись пациента: _____ Подпись доктора: _____ Дата _____

Подпись пациента: _____ Подпись доктора: _____ Дата _____

Со стоимостью лечения ознакомлен (ознакомлена).

Подпись пациента: _____ Подпись доктора: _____ Дата _____

Подпись пациента: _____ Подпись доктора: _____ Дата _____

Подпись пациента: _____ Подпись доктора: _____ Дата _____

Приложение № _____ от « ____ » _____ 201 ____ г.
к Истории болезни № _____

Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства

Я _____, уполномочиваю врача-стоматолога _____, провести лечение кариеса зуба.

Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз: _____ и указал на необходимость лечения заболевания и профессиональную гигиену полости рта. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: переход неосложненной формы кариеса в его осложнения (Р, Pt), что повлечет за собой необходимость эндодонтического лечения зуба или его удаления, прогрессирование заболевания вплоть до развития и обострения общих заболеваний, инфекционных осложнений.

Альтернативные методы лечения отсутствуют.

Хотя лечение кариеса при правильной гигиене полости рта и проведении, при необходимости, реминерализации, имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что это является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологических методов диагностики и даю на них согласие, обязуюсь приходиться на контрольные осмотры по графику, обговоренному с доктором.

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

Я проинформировал доктора _____ обо всех случаях аллергии.

Понимая сущность предложенного лечения и особенность собственного организма, а также специфику нашего региона (низкое содержание фтора в воде), в связи с чем может возникнуть необходимость в эндодонтическом

лечения зуба, вследствие перехода кариеса в его осложненную форму, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и неотъемлемой частью договора на оказание медицинских услуг. Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

На лечение кариеса согласен (согласна).

Дата _____ Подпись пациента: _____ Подпись доктора: _____

В случае лечения нозологической формы (кариес) в течение действия договора об оказании медицинских платных услуг на 201 ____ год, с текстом повторно ознакомлен(а), с лечением кариеса согласен(а).

Дата _____ Подпись пациента: _____ Подпись доктора: _____

Со стоимостью лечения ознакомлен (ознакомлена).

Дата _____ Номер зуба _____ Стоимость _____ Подпись пациента _____ Подпись доктора _____

Дата _____ Номер зуба _____ Стоимость _____ Подпись пациента _____ Подпись доктора _____

Дата _____ Номер зуба _____ Стоимость _____ Подпись пациента _____ Подпись доктора _____

Дата _____ Номер зуба _____ Стоимость _____ Подпись пациента _____ Подпись доктора _____

Дата _____ Номер зуба _____ Стоимость _____ Подпись пациента _____ Подпись доктора _____

**Общество с ограниченной ответственностью «Апрель»
Информированное добровольное согласие потребителя (пациента) на проведение медицинского
вмешательства (отбеливание зубов)**

Пациент (ф.И.О.) _____

Данный документ является письменным выражением моего согласия, данного медицинскому работнику - гигиенисту стоматологическому ООО «Апрель» _____ на проведение мне процедуры отбеливания зубов на аппарате Zoom (США).

Отбеливание зубов - процедура, не имеющая медицинских показаний, имеет своей целью достижение максимального результата осветления зубов за один-два сеанса профессионального отбеливания и двух (трех) недельный срок, в случае выбора домашнего способа отбеливания.

Мне известно, что медицинский работник, оказывающий мне услугу, работает по технологиям, утвержденным Министерством здравоохранения РФ, и гарантирует четкое выполнение этих технологий.

1. Мне разъяснена медицинским работником и понята информация о сути отбеливания зубов:

- а) Активным компонентом отбеливающего препарата является перекись водорода.
- б) Эффект отбеливания зубов невозможно определить заранее в силу медицинской специфики данной процедуры.
- в) **Абсолютными противопоказаниями** для проведения процедуры отбеливания зубов являются:

- возраст пациента до 18 лет;

- беременность и кормление грудью;

- аллергические реакции на отбеливающие компоненты (перекись водорода);

- прием следующих препаратов: доксициклин, тетрациклин, третиноин, ципрофлоксацин, оксипролин, гидрохлортиазид и т.д.

Данные препараты являются светочувствительными и во время процедуры отбеливания зубов могут возникнуть фотохимические или фотоаллергические реакции (по типу солнечных ожогов или дерматитов);

- общие заболевания: онкологические и эндокринные, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь.

г) Перед проведением процедуры отбеливания необходимо:

- провести профессиональную гигиену полости рта

- закрыть пломбировочным материалом кариозные полости и открытые каналы зубов

д) При необходимости пройти рентгенологическое исследование.

е) Во время процедуры отбеливания зубов и после возможно появление чувствительности зубов и раздражения слизистой оболочки рта (жжения) – эти явления носят временный характер.

ж) В случае, когда появляются интенсивные, не проходящие боли зубов или десен в процессе отбеливания, медицинский работник прекращает процедуру, даже если не достигнут желаемый для пациента результат.

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

и) Измененные в цвете зубы с удаленным нервом не отбеливаются при нанесении отбеливающего препарата на поверхность зуба.

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

л) Длительность сохранения эффекта отбеливания зубов зависит от индивидуальных особенностей пациента и держится в среднем до 3х лет. Для продления эффекта, в дальнейшем, возможно применение домашних систем отбеливания, после консультации медицинского работника.

м) Для сохранения полученных результатов после процедуры отбеливания зубов необходимо соблюдать следующие рекомендации:

- ежедневное соблюдение правил индивидуальной гигиены полости рта;

- в период проведения отбеливающих процедур и первые 2 недели после процедуры – отказ от употребления красящих продуктов, напитков и курения (соблюдение «прозрачной диеты»). Табакокурение, продукты, напитки, содержащие интенсивные красители могут снизить эффект отбеливания зубов или вызвать быстрый возврат цвета после проведенного отбеливания;

- регулярное посещение стоматолога (не реже одного раза в полгода);

- проведение профессиональной гигиены полости рта;

- пользоваться специальными отбеливающими пастами;

2. **Мне разъяснена медицинским работником и понята информация о гарантиях, а именно:**

а) Невозможность предсказания точного результата процедуры отбеливания;

б) Невозможность определения гарантийных сроков и сроков службы в отношении достигнутого результата по причине медицинской специфики процедуры отбеливания зубов.

3. **Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных мероприятий, рекомендованных медицинским работником.**

Я согласен (а) оплатить оказанные медицинские услуги в полном объеме.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета в амбулаторной карте стоматологического больного о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях заполнена мною лично.

Своей подписью я подтверждаю, что прочел (а) и полностью понял (а) все слова и выражения, касающиеся предложенной мне процедуры отбеливания зубов аппаратом Zoom (США), а также все данные мне объяснения.

Я получил (а) исчерпывающую информацию об услуге по отбеливанию зубов.

Подпись потребителя (пациента) _____

Подпись медицинского работника _____

Дата: _____