

Приложение № \_\_\_\_\_  
к Истории болезни № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

**Информированное согласие  
на проведение медицинского вмешательства.**

Я \_\_\_\_\_, уполномочиваю врача-стоматолога \_\_\_\_\_, провести ортопедическое лечение дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей.

Стоимость лечения (протезирования) \_\_\_\_\_

Этот документ содержит необходимую для меня информацию о том, 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 обосновал необходимость проведения ортопедического лечения. Я ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые, в моем случае, будет иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа). Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строго соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже идеальном выполнении всех

клинических и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому, через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов, и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у доктора и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с доктором и записанному в истории болезни).

Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал доктора \_\_\_\_\_ обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и особенность собственного организма, я согласен с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом, так как представление пациентов о протезировании, как правило, не совпадают с реальной действительностью. Я полагаю, что это в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Мне были объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные варианты. Я также 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 протезирование согласен (согласна).

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ Подпись доктора: \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Со стоимостью протезирования ознакомлен (ознакомлена).

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ Подпись доктора: \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

## Информированное добровольное согласие на анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства

1) Я, \_\_\_\_\_,

(полностью указать: Ф.И.О. лица, подписывающего настоящий документ)

даю свое согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Апрель» (далее – Исполнитель) на проведение мне/лицу, представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть), \_\_\_\_\_

(далее – Пациент),

(полностью указать: Ф.И.О. лица, которому оказывается медицинская услуга)

медицинского вмешательства с использованием следующих методик анестезиологического пособия \_\_\_\_\_

(далее именуется – Анестезия).

(указать применяемый метод анестезии)

### 2) В целях проведения Анестезии доведена до моего сведения и мне разъяснена Исполнителем следующая информация:

а) Мною получена от Исполнителя, в доступной форме и в полном объеме, и разъяснена мне вся необходимая информация о возможных и фактически применяемых в данном случае способах проведения Анестезии, а также о ее целях, характере, методах, о связанных с нею рисках и возможных последствиях, в том числе – неблагоприятных, о предполагаемых результатах ее применения.

б) Я предупрежден(а) о факторах риска при Анестезии и осознаю, что проведение Анестезии может быть сопряжено с риском нарушения со стороны сердечно-сосудистой, нервной, дыхательной систем и других систем жизнедеятельности организма.

в) Мне разъяснено Исполнителем, что результат Анестезии обусловлен биологическими и анатомическими особенностями организма.

г) Мне разъяснено и я осознаю, что во время проведения Анестезии возможны непредвиденные обстоятельства и осложнения, в случае возникновения которых я даю свое согласие на то, что вид и тактика Анестезии могут быть изменены медицинскими работниками Исполнителя, проводящими Анестезию, по их усмотрению.

д) Мне разъяснено, что прием наркотических, психотропных веществ и алкоголя, а также веществ, препаратов, субстанций, содержащих указанные составляющие (наркотики, алкоголь), несовместим с Анестезией и абсолютно исключает ее проведение.

е) Мне разъяснено медицинским работником Исполнителя о правилах поведения во время Анестезии.

ж) Мне разъяснены и предоставлены в письменном виде медицинским работником Исполнителя рекомендации и требования (врачебные назначения), которые необходимо соблюдать после Анестезии и обеспечиваемого ею медицинского вмешательства во избежание наступления негативных для здоровья последствий. Содержание данных требований и цель их соблюдения мне понятны.

з) Мне понятна сущность Анестезии и уникальность любого человеческого организма, поэтому я согласен(-сна) с тем, что никто не может заранее предсказать точный ход процесса Анестезии и ее результаты и последствия. Я понимаю, что медицинский работник Исполнителя не может нести ответственность за не зависящие от его воли и квалификации обстоятельства, которые могут возникать в процессе Анестезии, в том числе за обострение ранее не диагностированных заболеваний.

и) Я ознакомлен(а) лично с содержанием вышеприведенных пунктов а)-з) настоящего документа, положения которых мне разъяснены Исполнителем и понятны.

3) Я поставил(а) в известность медицинского работника Исполнителя об особенностях состояния своего здоровья/состояния здоровья лица, представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть), заполнив Анкету анамнеза и сообщив медицинскому работнику Исполнителя информацию, которая имеет значение в процессе Анестезии, в частности:

- о любых аллергических проявлениях (реакциях);
- об иных, в том числе – разовых, носящих нерегулярный характер, случаях индивидуальной непереносимости лекарственных средств, пищевых продуктов (их сочетания), средств бытовой химии, пыльцы цветов и прочих средств, продуктов, веществ;
- обо всех известных мне случаях перенесенных заболеваний, операций, травм, о случаях ранее применявшегося анестезиологического обеспечения;
- об экологических и производственных факторах физического, химического, биологического и иного характера, фактически повлиявших либо потенциально способных повлиять на состояние здоровья (радиация, различного рода излучения, отравления и пр.);
- о принимаемых лекарствах, средствах, не являющихся лекарствами (биологически активные добавки, витамины и др.), иных препаратах любого характера, принимаемых по назначению врачей и/или без такового, об используемых средствах народной медицины (травы, мази, настои, гранулы и пр.);
- об иных характеристиках (состояниях) здоровья (самочувствия) и о случаях, о которых я считаю необходимым сообщить медицинскому работнику Исполнителя в связи с проводимой Анестезией.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_ г.

**Пациент:**

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ /  
Подпись (Ф.И.О. – полностью)

**Медицинский работник Исполнителя:**

**«Подпись Пациента сделана в моем присутствии»:**

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ /  
Подпись (Ф.И.О. – полностью)

Приложение № \_\_\_\_\_  
к Истории болезни № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

**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.

Приложение № \_\_\_\_\_  
к Истории болезни № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

**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 обязательного 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 \_\_\_\_\_

---

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 обязательного 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 № \_\_\_\_\_  
к Истории болезни № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 г.

**Информированное согласие  
на проведение медицинского вмешательства.**

Я \_\_\_\_\_, проинформирован о необходимости хирургической операции \_\_\_\_\_, Понимаю цель ее проведения.

Последствием отказа от данной операции может быть прогрессирование заболевания, вплоть до развития инфекционных осложнений.

Я понимаю значимость рентгенологического контроля качества лечения и при необходимости обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, согласованному 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 операции и особенность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой операции.

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом. Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Приложение № \_\_\_\_\_  
к Истории болезни № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2017 г.

**Информированное согласие  
на проведение медицинского вмешательства.**

Я \_\_\_\_\_, проинформирован о необходимости хирургической операции \_\_\_\_\_, Понимаю цель ее проведения.

Последствием отказа от данной операции может быть прогрессирование заболевания, вплоть до развития инфекционных осложнений.

Я понимаю значимость рентгенологического контроля качества лечения и при необходимости обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, согласованному 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 операции и особенность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой операции.

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом. Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.





Приложение № \_\_\_\_\_  
к Истории болезни № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

**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, Рт), 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 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, а также специфику нашего региона (низкое содержание фтора в воде), в связи с чем может возникнуть необходимость в эндодонтическом

## 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), претензий не имею, 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 ретенеры 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 ретенеров;
- в случае поломки или потери любого ретенера (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 \_\_\_\_\_