

**Информированное добровольное
согласие пациента на ортодонтическое вмешательство
и ретенционный период**

АО «Стоматолог»

На основании ст. 20 ФЗ РФ №323-ФЗ от 21.11.2011 г.
«Об основах охраны здоровья граждан РФ»

Я, нижеподписавшийся

(ФИО, полностью)

« _____ » _____ г. рождения, проживающий по адресу (месту регистрации): _____

Настоящим подтверждаю что:

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения; санации полости рта перед установкой аппарата, процедура профессиональной гигиены и при необходимости подготовка эмали. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Мне были объяснены все возможные исходы ортодонтического лечения. Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений: карисса вокруг брекетов, реакции со стороны пародонта, поломки системы и травмирования слизистой оболочки полости рта, рецидива зубочелюстной аномалии после снятия аппарата. Я понимаю, что причиной возможного возникновения вторичного карисса и новых кариозных полостей, а также обострений заболеваний пародонта является не сама брекет-система, а погрешности предыдущего лечения и недостаточная гигиена полости рта.

Я понимаю, что это лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех этапов. Я информирован о длительности лечения, о сроках адаптационного периода (до двух недель), о возможных небольших болевых ощущениях, о дискомфорте после адаптации аппарата. Я понимаю, что иногда возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде внеплановых мануальных или инструментальных изменений срока лечения.

Я информирован(а) о том, что гарантией от возникновения вторичного карисса протесных зубов и обострений заболеваний, пародонта является санация полости рта у специалистов АО «Стоматолог». В противном случае ответственность за возникновение вторичного карисса и реакции со стороны пародонта несет врач, выполнивший санацию полости рта перед ортодонтическим лечением.

Я информирован(а) о необходимости регулярных осмотров у лечащего стоматолога-терапевта в течение ортодонтического лечения не реже четырех раз в год и по окончании, когда буду пользоваться ретенционным аппаратом, их видах и возможной продолжительности ретенционного периода с целью закрепления результатов лечения. Я поставлен(а) в известность о том, что в связи с непредсказуемостью дальнейшего развития зубочелюстной системы и возрастными изменениями жевательного аппарата, установление гарантийных сроков по данному виду работ невозможно.

Я даю согласие на фотосъемку в процессе лечения и возможное использование фотоматериалов в научных и рекламных целях.

Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному лечению.

Я осведомлен(а) о принятом в Тульской области объеме (виды, услуги, материалы) оказания стоматологической помощи в рамках территориальной программы ОМС, об ожидаемых расходах за планируемое лечение, не входящее в программу ОМС по Тульской области.

На все мои вопросы я получил(а) исчерпывающие ответы врача.

Я принимаю решение о лечении на предложенных условиях.

В случае необходимости, разрешаю предоставить информацию о состоянии моего здоровья следующим лицам:

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____
Подпись пациента / ФИО пациента

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____
Подпись лечащего врача / ФИО врача

Добровольно, в соответствии с п. 3,4 ст. 20 ФЗ РФ №323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Я (Ф.И.О.) _____

от проведения стоматологического терапевтического лечения отказываюсь (прошу приостановить). Мне в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия отказа (приостановления лечения), а именно: появление либо нарастание болевых ощущений, прогрессирование заболевания, развитие осложнений, потеря зуба, нарушение общего состояния организма.

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____
Подпись пациента / ФИО пациента

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____
Подпись лечащего врача / ФИО врача

**Информированное добровольное
согласие пациента на лечение зубов,
заболеваний слизистой полости рта
и пародонта**

АО «Стоматолог»

На основании ст. 20 ФЗ РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан РФ»

Я, нижеподписавшийся

(ФИО, полностью)

« _____ » _____ г. рождения, проживающий по адресу (месту регистрации): _____

Настоящим подтверждаю что:

Врач разъяснил мне необходимость проведения осмотра, диагностических исследований, в т.ч. рентгенологического обследования.

Врач разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного лечения, возможную необходимость физиопроцедур в процессе лечения.

Я осведомлен(а) о том, что данное вмешательство должно проводиться под местной анестезией, выбор которой производится лечащим врачом при моем согласии. Мне разъяснено, что применение ее может привести к аллергическим, сосудистым реакциям организма; обмороку, шоку, снижению чувствительности, онемениям, невралгическим болям и постинъекционным гематомам (отеки и «синяки») и др. реакция.

Я информирован(а) о возможных осложнениях, могущих возникнуть в ходе лечения: аллергические реакции на медикаменты, травмы, ожог слизистой оболочки полости рта, отлом инструмента в искривленном канале, перфорация стенки полости или канала, выход пломбирочного материала за верхушку зуба из-за наличия костных изменений в этой области, возникновение болей при накусывании после проведенного лечения, отлом коронки зуба (если отсутствует ее покрытие ортопедической коронкой), выпадение пломбы.

Врач объяснил мне необходимость восстановления зуба, после проведенного эндодонтического лечения (лечение корневых каналов).

Я согласен(а) на проведение осмотра, диагностических исследований, в т.ч. рентгенологического обследования, физиопроцедур, необходимых для полноценного лечения.

Я даю согласие на видеосъемку системой видеонаблюдения со строгим соблюдением врачебной тайны, с целью обеспечения мер антитеррористической и пожарной безопасности, обеспечения сохранности материальных ценностей, а также в целях внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

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, а также альтернативы предложенному лечению.

Я осведомлен(а) о принятом в Тульской области объеме (виды, услуги, материалы) оказания стоматологической помощи в рамках территориальной программы ОМС, об ожидаемых расходах за планируемое лечение, не входящее в программу ОМС по Тульской области. На все мои вопросы я получил(а) исчерпывающие ответы врача.

Я принимаю решения о лечении на предложенных условиях.

В случае необходимости, разрешаю предоставить информацию о состоянии моего здоровья следующим лицам:

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____
(подпись пациента, законного представителя) / ФИО пациента

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____
подпись лечащего врача / ФИО лечащего врача

Добровольно, в соответствии с п. 3,4 ст. 20 ФЗ РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Я (Ф.И.О.) _____ от проведения стоматологического терапевтического лечения отказываюсь (прошу приостановить). Мне в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия отказа (приостановления лечения), а именно: появление либо нарастание болевых ощущений, прогрессирование заболевания, развитие осложнений, потеря зуба, нарушение общего состояния организма.

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____
(подпись пациента, законного представителя) / ФИО пациента

« _____ » _____ 20 _____ г. _____ / _____
подпись лечащего врача / ФИО лечащего врача

Я, нижеподписавшийся _____

(ФИО, полностью)

« _____ » _____ г. рождения, проживающий по адресу (месту регистрации): _____

Настоящим подтверждаю что:

Врач разъяснил мне необходимость проведения осмотра, диагностических исследований, в т.ч. рентгенологического обследования.

Врач разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного лечения, возможную необходимость физиопроцедур в процессе лечения.

Я осведомлен(а) о том, что данное вмешательство должно проводиться под местной анестезией, выбор которой производится лечащим врачом при моем согласии. Мне разъяснено, что применение ее может привести к аллергическим, сосудистым реакциям организма: обмороку, шоку, снижению чувствительности, онемениям, невралгическим болям и постинъекционным гематомам (отеки «синяки») и др. реакции.

Я также информирован(а) о возможных осложнениях, которые могут возникнуть в ходе операционного вмешательства вследствие особенностей анатомического строения организма. При удалении зубов: перфорация верхнечелюстной пазухи, нарушение чувствительности (онемение языка, подбородка, губ, крыла носа, десен), возможен раскол коронки, выпиливание коронной бормашиной и боли в челюсти, отекающих тканей, ограничение открывания рта, в области углов рта могут быть трещины, возможно длительное заживления лунки удаленного зуба, гематомы («синяки»), кровотечение, отлом инструмента, повреждение соседних зубов, перелом челюсти и др.

Мне известно, что объем оперативного вмешательства, может быть определен лишь входе операции (его расширение и отказ от вмешательства).

Мне объяснены возможные негативные последствия отказа от рекомендуемого плана лечения или частичного его выполнения, а именно: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; нарушение общего состояния организма.

Я согласен(а) на проведение осмотра, диагностических исследований, в т.ч. рентгенологического обследования, физиопроцедур, необходимых для полноценного лечения.

Я даю согласие на видеосъемку системой видеонаблюдения со строгим соблюдением врачебной тайны, с целью обеспечения мер антитеррористической и пожарной безопасности, обеспечения сохранности материальных ценностей, а также в целях внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

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, а также альтернативы предложенному лечению.

Я осведомлен(а) о принятом в Тульской области объеме (виды, услуги, материалы) оказания стоматологической помощи в рамках территориальной программы ОМС, об ожидаемых расходах за планируемое лечение, не входящее в программу ОМС по Тульской области. На все мои вопросы я получил(а) исчерпывающие ответы врача.

Я принимаю решение о лечении на предложенных условиях.

В случае необходимости, разрешаю предоставлять информацию о состоянии моего здоровья следующим лицам: _____

« _____ » _____ 20 _____ г.

(подпись пациента, законного представителя)

ФИО пациента

« _____ » _____ 20 _____ г.

подпись лечащего врача

ФИО лечащего врача

Добровольно, в соответствии с п. 3, 4 ст. 20 ФЗ РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Я (Ф.И.О.) _____

от проведения стоматологического терапевтического лечения отказываюсь (прошу приостановить). Мне в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия отказа (приостановления лечения), а именно- появления либо нарастание болевых ощущений, прогрессирование заболевания, развитие осложнений, потеря зуба, нарушения общего состояния организма.

« _____ » _____ 20 _____ г.

(подпись пациента, законного представителя)

ФИО пациента

« _____ » _____ 20 _____ г.

подпись лечащего врача

ФИО лечащего врача

Я, нижеподписавшийся

(ФИО, полностью)

« » г. рождения, проживающий по адресу (месту регистрации): _____

настоящим подтверждаю что:

Мне предложены альтернативные методы лечения, но я даю согласие на зубную имплантацию.

Я знаю, что не может быть гарантии и мне ее не давали о сроке функционирования имплантата. Также я должен соблюсти все сроки хирургии и ортопедии зубной имплантации, иначе имплант может отторгнуться.

Мой возраст _____ лет, я имею сопутствующие болезни _____

_____ что может осложнить приживление и функционирование имплантата.

Я обязуюсь выполнять все назначения врача до и после операции:

А) принимать назначенные лекарства до и после операции;

Б) соблюдать гигиену полости рта;

В) не управлять транспортным средством после операции в течение срока, определенного врачом, не проводить работу, связанную с физической нагрузкой;

Г) не принимать алкоголя, не курить, не принимать наркотических средств;

Я предупрежден, что после операции имплантации могут быть боли в челюсти, припухание мягких тканей, ограничение открывания рта, в области углов рта могут быть трещины или отек тканей, что потребует соблюдения домашнего режима и выполнении рекомендаций врача.

Я предупрежден, что операция при зубной имплантации может осложниться: кровотечением из раны, воспалением, неприживаемостью или отторжением импланта, на верхней челюсти — перфорацией верхнечелюстной пазухи, полости носа; в дистальном (заднем) отделе нижней челюсти — повреждением нижнего альвеолярного нерва с нарушением чувствительности подбородка, губ, крыла носа, десны и языка.

Я знаю, что использование биопластических материалов при зубной имплантации может закончиться неприживлением их, в связи с чем потребуются дополнительное лечение (хирургическое).

Мне объяснили, что лечение будет многоэтапным и длительным, и никаких гарантий исхода лечения мне не давали. Я осведомлен, что может понадобиться дополнительный хирургический этап лечения по пластике мягких тканей десны.

Я согласен(а) на проведение осмотра, диагностических исследований, в т.ч. рентгенологического обследования, физиопроцедур, необходимых для полноценного лечения.

Я даю согласие на видеосъемку системой видеонаблюдения со строгим соблюдением врачебной тайны, с целью обеспечения мер антитеррористической и пожарной безопасности, обеспечения сохранности материальных ценностей, а также в целях внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Я согласен(а) со стоимостью операции зубной имплантации, количеством и стоимостью имплантатов и биоматериалов.

Я не возражаю, если во время процедур будет осуществляться фото- и видео-макросъемка для медицинских целей.

На все мои вопросы я получил(а) исчерпывающие ответы врача.

Я принимаю решение о лечении на предложенных условиях.

Я уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги и повлечь за собой невозможность ее завершения в сроки или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я принимаю решение о лечении на предложенных условиях.

В случае необходимости, разрешаю предоставить информацию о состоянии моего здоровья следующим лицам:

« » 20 г. _____ « » 20 г. _____
подпись пациента ФИО пациента подпись лечащего врача ФИО лечащего врача

Добровольно, в соответствии с п. 3, 4 ст. 20 ФЗ РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Я (Ф.И.О.) _____ от проведения стоматологического терапевтического лечения отказываюсь (прошу приостановить). Мне в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия отказа (приостановления лечения), а именно: появление либо нарастание болевых ощущений, прогрессирование заболевания, развитие осложнений, потеря зуба, нарушение общего состояния организма.

« » 20 г. _____ « » 20 г. _____
подпись пациента ФИО пациента подпись лечащего врача ФИО лечащего врача