

**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 осведомлен(а) о 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 пояснил мне необходимость строго следовать рекомендациям, чтобы избежать возможных осложнений: коррекция вокруг брекетов, реакции со стороны пародонта, поломки системы и травмирования слизистой оболочки полости рта, рациональной зубочелюстной аномалии после снятия аппарата. Я понимаю, что причиной возможного возникновения вторичного карисса и новых каринозных 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 вынужденством и биологическим организмом, 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 информирована 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 манипуляций или изменения сроков лечения.

Я информирована(а) о том, что гарантин от возникновения вторичного карисса проследит за зубами 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, выполнявший санацию полости рта перед ортодонтическим лечением.

Я информирована(а) о необходимости регулярных осмотров у лечащего стоматолога-терапевта в течение ортодонтического лечения не реже четырех раз в год и по окончании, когда буду назначаться ретенционным аппаратом, их видах и возможной продолжительности ретенционного периода с целью закрепления результатов лечения.

Я поставила(а) в известность о том, что связи с непредсказуемостью дальнейшего развития зубочелюстной системы и возрастными изменениями жевательного аппарата, установление гарантинных сроков по данному виду работы невозможно.

Я даю согласие на фотоосъемку 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, находящееся 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, снижение чувствительности, онемением, невралгическим болям и постинъекционным гематомам (отеки и синяки) и др. реакциям.

Я информирована(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 пломбировочного 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 (лечения 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, находящееся 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, 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 испытания 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 каллерическим, сосудистым реакциям организма: обмороку, шоку, снижение чувствительности, онемению, невралгическим болям и постинъекционным гематомам (отеки яичника) и др. реакциям.

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 корней (искривление), 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, 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 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.)

Мне в доступной для меня форме разъяснены возможные последствия отказа (приостановления лечения), 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

Информированное  
добровольное согласие пациента  
на ортопедическое лечение

АО «Стоматолог»

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

Я, нижеподписавшийся

(ФИО, полностью)

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

Настоящим подтверждаю что:

врачом (Ф.И.О.)

представлена вся интересующая меня информация о предполагаемом лечении.

Я понимаю, что нарушения в зубочелюстной области могут привести к ряду морфологических и функциональных нарушений в других частях организма.

Я понимаю, что протезирование — это заключительный этап ортопедического лечения, для эффективности которого на первом этапе может потребоваться проведение ряда мероприятий, кроме проведения хирургической и терапевтической санации. Это: депульпирование, сошибывание зубов, коррекция прикуса, устранение парофункции мышц, лечение высочно-нижнечелюстных суставов, ряд хирургических (коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, удочек и т.д.) и пародонтологических вмешательств.

Я понимаю, что во время распломбировки канала под культевую вкладку возможна перфорация корневого канала, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к удалению зуба.

Я согласен(на) спредложенным мне врачом планом 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.

Мне объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные варианты. Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам с соблюдением сроков протезирования.

Я понимаю, что протезирование является вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических и тематических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление жевательного органа.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятии оттисков, корректировки прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи, травмы слизистой оболочки и мягких тканей полости рта.

При проведении хирургических вмешательств могут увеличиваться сроки изготовления протезов, появиться боли при движении нижней челюсти.

При наличии патологии высочно-нижнечелюстных суставов и других психомоторно-нарвальных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушения функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.

Мне также предупреждили, что при выявлении скрытых технологических дефектов увеличиваются сроки изготовления протеза, а в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза не за счет пациента.

Я понимаю, что протез — это иностранные тела, к которым нужно привыкать длительное время, что после изготовления он может причинять неудобство и дискомфорт. Я знаю, что за протезами должен быть особый гигиенический уход.

Я знаю, что срок службы протеза определяется не только качеством, но и условиями для протезирования моей полости рта.

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 её завершения в сроки или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я осведомлен(а) об ожидаемых расходах на планируемое лечение и возникших в процессе данного мероприятия издержках. 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 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 \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ (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 лечащего врача

Информированное добровольное согласие  
пациента на лечение с использованием имплантатов

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:

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. Так же я должен соблюсти все сроки хирургии и ортопедии зубной имплантации, иначе имплант может отторнуться.

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 выполнения рекомендаций врача.

Я предупрежден, что операция при зубной имплантации может осложниться: кровотечением из раны, воспалением, неприживаемостью или отторжением имплантата, 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, десен и языка.

Я знаю, что использование биопластических материалов при зубной имплантации может закончиться неприживлением их, в связи с чем потребуется 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 срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я принимаю решение о лечении на предложенных условиях.  
В случае необходимости, разрешаю предоставлять информацию о состоянии моего здоровья следующим лицам:

« \_\_\_\_ » 20 г. подпись пациента 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 (пршу проинсталовать). 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 лечащего врача