

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

\_\_\_\_\_ рождения,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее -Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Зеленое яблоко»

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

#REF!  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

У  
\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

(дата оформления)

## Информированное добровольное согласие пациента на медицинское рентгенологическое обследование

Я, \_\_\_\_\_, находясь на лечении в стоматологической клинике «Зеленое яблоко», в соответствии с требованиями статьи №20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», даю информированное добровольное согласие на медицинское рентгенологическое обследование. Я разрешаю врачу назначить при необходимости диагностическое обследование (нужное отметить галочкой):

о Ортопантомограмма(на цифровом аппарате PAX I-3D)

о Компьютерная томография (на цифровом аппарате PAX I-3D)

о Прицельная рентгенография зубов на физиографе

Я проинформирован(а) о том, что рентгеновский снимок необходим для получения максимально точного диагноза. Рентгенографическое обследование проводят при: выявление кариозных поражений, не обнаруживаемых при осмотре полости рта; выявление кариеса под пломбой; выявление потери костной массы при заболевании десен; выявление изменений в костной ткани или корневом канале в следствии инфекции; вспомогательные операции при изготовлении зубных имплантатов, брекет-систем, зубных протезов; выявление абцесса; выявление других аномалий развития, например кист, опухалей; при контроле эндодонтических мероприятий.

Я проинформирован(а) о том, что право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований (особенно, ортопантомограммы), врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

Я проинформирован(а) о имеющихся противопоказаниях для рентгенологического обследования:

- беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям);
- отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний - менее чем за шесть месяцев до настоящего времени);
- выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений).

Назначение рентгенологических исследований детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Я обязуюсь известить лечащего врача о наличии вышеперечисленных противопоказаний до проведения рентгенологического обследования.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях рентгенологического обследования:

Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, сертифицированной аппаратуры, которая дает минимальную, практически безопасную дозу облучения и снижает до минимума риск возможных последствий. В результате будут получены качественные рентгеновские снимки.

Персонал будет соблюдать контроль и меры радиационной безопасности с предоставлением мне индивидуальных средств защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологических обследований (Лист вклеивается в медицинскую карту).

Я разрешаю использовать мои рентгеновские снимки в научных и учебных целях на условиях анонимности без указания моего имени и фамилии.

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

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

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 принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Фамилия, инициалы и подпись пациента

V

Мать, отец, опекун.

ФИО, подпись законного представителя пациента

Дата:

Приложение к истории болезни № \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства  
(стоматология терапевтическая)**

1. Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_
- Я получил(а) от моего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Лечение проводит врач \_\_\_\_\_. В исключительных случаях (например, болезнь врача) возможна замена врача с согласия пациента.
2. Врач сообщил и разъяснил информацию о сути лечения, установил диагноз \_\_\_\_\_  
В процессе лечения допускается уточнение диагноза.
3. Врачом рекомендован индивидуальный план лечения, однако допускается коррекция намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения:
- кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования);
  - кариозное поражение, которое кажется небольшим, может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а следовательно, потребуются реставрация значительной части зуба или постановка коронки (по ситуации) и др., о чем врач должен уведомить пациента.
4. Врачом предложен альтернативный вариант – удаление пораженного зуба (зубов) при наличии противопоказаний для лечения.
5. Мне разъяснены возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения: прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния организма и др.
6. Лечение проводится с применением анестезии. Мне понятны возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции.
7. Я предупрежден(а) о возможных последствиях приема анальгетиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов.
8. Я предупрежден(а) о том, что при необходимости, эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов), возникшее после лечения неосложненного кариеса (реставрации, постановки пломбы), оплачивается дополнительно.
9. Врач сообщил и разъяснил информацию о гарантиях. К услугам по терапевтической стоматологии относятся услуги по лечению заболеваний кариеса, пульпита и периодонтита зубов (два последних связаны с лечением корневых каналов), услуги косметической стоматологии (восстановление или изменение первоначальной формы и цвета зуба без протезирования, замена/корректировка пломб), услуги по подготовке (лечению) зубов под протезирование.
- Гарантия на работы и услуги по терапевтической стоматологии начинает действовать с момента завершения услуги по лечению конкретного зуба (т.е. постановки постоянной пломбы).
10. С врачом согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом.
11. Я понимаю, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.
12. Я проинформирован(а) и понимаю, что условием эффективного лечения является выполнение плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.
- Я проинформирован(а) и понимаю, что для эффективного лечения могут понадобиться: получение ортопантограммы, прицельного детального снимка; консультация стоматолога(-ов) иного профиля; консультация у врача(-ей) общего профиля.
- Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.
- Фамилия, инициалы и подпись пациента, контактный телефон** \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ 0
- Фамилия, инициалы и подпись законного представителя пациента** \_\_\_\_\_
- Рекомендации: Памятку с рекомендациями на руки получил (подпись пациента)** \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ 0
- Фамилия, инициалы и подпись медицинского работника** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства**

**(стоматология терапевтическая)**

1. Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_

Я получил(а) от моего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Лечение проводит врач – стоматолог-терапевт \_\_\_\_\_ В  
исключительных случаях (например, болезнь врача) возможна замена врача с согласия пациента.

2. Врач сообщил и разъяснил информацию о сути лечения, установил диагноз \_\_\_\_\_  
В процессе лечения допускается уточнение диагноза.

3. Врачом рекомендован индивидуальный план лечения, однако допускается коррекция намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения:

– кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования);

– кариозное поражение, которое кажется небольшим, может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а следовательно, потребуются реставрация значительной части зуба или постановка коронки (по ситуации) и др., о чем врач должен уведомить пациента.

4. Врачом предложен альтернативный вариант – удаление пораженного зуба (зубов) при наличии противопоказаний для лечения.

5. Мне разъяснены возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения: прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния организма и др.

6. Лечение проводится с применением анестезии. Мне понятны возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции.

7. Я предупрежден(а) о возможных последствиях приема анальгетиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов.

8. Я предупрежден(а) о том, что при необходимости, эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов), возникшее после лечения неосложненного кариеса (реставрации, постановки пломбы), оплачивается дополнительно.

9. Врач сообщил и разъяснил информацию о гарантиях. К услугам по терапевтической стоматологии относятся услуги по лечению заболеваний кариеса, пульпита и периодонтита зубов (два последних связаны с лечением корневых каналов), услуги косметической стоматологии (восстановление или изменение первоначальной формы и цвета зуба без протезирования, замена/корректировка пломб), услуги по подготовке (лечению) зубов под протезирование.

Гарантия на работы и услуги по терапевтической стоматологии начинает действовать с момента завершения услуги по лечению конкретного зуба (т.е. постановки постоянной пломбы).

10. С врачом согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом.

11. Я понимаю, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

12. Я проинформирован(а) и понимаю, что условием эффективного лечения является выполнение плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Я проинформирован(а) и понимаю, что для эффективного лечения могут понадобиться: получение ортопантограммы, прицельного детального снимка; консультация стоматолога(-ов) иного профиля; консультация у врача(-ей) общего профиля.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

**Фамилия, инициалы и подпись пациента, контактный телефон**

V

0

**Фамилия, инициалы и подпись законного представителя пациента**

Рекомендации: Памятку с рекомендациями на руки получил (подпись пациента)

V

0

**Фамилия, инициалы и подпись медицинского работника**

/ \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

1. Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_,

соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог Калущких Александр Алексеевич.

В исключительных случаях (например, болезнь врача) поликлиника может заменить врача.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

- 2.1. Диагноз: \_\_\_\_\_
  - 2.2. Допустимость уточнения диагноза.
  - 2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.
  - 2.4. Возможность коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
  - 2.5. Возможные альтернативные варианты: удаление пораженного зуба (зубов), непроведение лечения.
  - 2.6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного лечения: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление, нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, нарушение общего состояния организма \_\_\_\_\_
  - 2.7. Возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции.
  - 2.8. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения).
  - 2.9. Возможные осложнения: определенный процент неэффективного эндодонтического лечения по причине его медицинской специфики, индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья; перелечивание корневых каналов зубов через некоторое время, или проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба; поломка инструмента (файла) внутри корневого канала и невозможность его извлечения \_\_\_\_\_
  - 2.10. При перелечивании ранее запломбированных каналов зуба(ов) успех лечения значительно снижается, что связано с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический штифт, сильной кальцификацией корневых каналов, что в некоторых случаях повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента), искривлением корневых каналов.
  - 2.11. Возможные осложнения при перелечивании зуба, покрытого коронкой или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного): необходимость снятия несъёмного протеза, перелом зуба, что может привести к его удалению.
  - 2.12. После лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление верхней части зуба, т. е. постановка пломбы или коронки (по ситуации).
  - 2.13. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.
  - 2.14. Мне названы и со мной согласованы: технологичность (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.
  - 2.15. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных мероприятий, рекомендованных врачом.
  - 2.16. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: ортопантомограмма, прицельный пленочный снимок; консультация стоматолога иного профиля, а также консультация у врача(ей) общего медицинского профиля.
3. Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

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

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Мне сообщена вся информация о предстоящем лечении, я соглашаюсь с условиями его проведения.

*Фамилия, инициалы и подпись пациента, контактный телефон*

*Фамилия, инициалы и подпись законного представителя пациента,*

*Фамилия, инициалы и подпись медицинского работника*

Я отказываюсь приступить к лечению на предложенных условиях.

Я отказываюсь от \_\_\_\_\_

*Фамилия, инициалы и подпись пациента, контактный телефон*

*Фамилия, инициалы и подпись законного представителя пациента,*

*Фамилия, инициалы и подпись медицинского работника*

# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

Приложение 7

## на проведение эндодонтического лечения

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

либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз: \_\_\_\_\_

и указал на необходимость лечения корневых каналов этого зуба. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

хотя 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 перелечения корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба.
  2. Во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба.
  3. При переклевывании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:
    - с невозможностью удалить старую корневую пломбу либо металлический шрифт из корневого канала.
    - с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов). При лечении искривленных корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии;
    - если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, то при создании доступа к корневому каналу данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции (например, перелом коронки), либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение). Также при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению, даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.
- Доктор также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения, в противном случае последнее может потерпеть неудачу (что может стать причиной потери зуба либо потребовать перелечения корневых каналов). Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры ( по графику, обговоренному с доктором и записанному в истории болезни).

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) доктора \_\_\_\_\_ обо

всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. я полагаю, что в моих интересах приступить к лечению корневых каналов.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. я также имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Врач \_\_\_\_\_ Подпись пациента V \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие пациента на проведение профессиональной гигиены полости рта**

1. Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_

даю информированное добровольное согласие на проведение профессиональной гигиены полости рта, медицинским работником гигиенистом  
стоматологическим \_\_\_\_\_

В исключительных случаях клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Врач-гигиенист выявил и указал на необходимость проведения профессиональной гигиены полости рта. Последствиями отказа от данной процедуры могут быть: прогрессирование заболеваний (кариес, пародонтит) и связанная с этим потеря зубов.

Я информирован(а), что для сохранения здоровья моих зубов и десен необходимо проводить профессиональную гигиену полости рта: у пациентов, не имеющих заболеваний тканей пародонта 1 раз в 6 месяцев и 1 раз в 3 месяца (в среднем) для пациентов с пародонтитом.

Кратность визитов подбирается врачом индивидуально для каждого пациента и зависит от имеющейся патологии, ее тяжести и от общего состояния организма.

Я понимаю, что при несоблюдении мною рекомендаций гигиениста в домашних условиях и/или несоблюдении интервалов контрольных визитов - уменьшаются или аннулируются гарантийные сроки и сроки службы реставраций.

При необходимости доктор клиники может поставить мне анестезию.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и после нее.

Я подтверждаю, что поставил(а) врачей в известность обо всех моих проблемах со здоровьем в прошлом и настоящем, обо всех острых и хронических заболеваниях, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимости лекарств, а также злоупотреблении алкогольными и/или наркотическими препаратами.

Мне осуществлен подбор средств индивидуальной гигиены.

Мне объяснили, что после процедуры гигиены полости рта может повыситься чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям. У некоторых пациентов (индивидуальная особенность, особенность питания, наличие вредных привычек) после проведения профессиональной гигиены полости рта при недостаточной гигиене ротовой полости возможно образование зубного налета и зубного камня в более короткие (по сравнению со среднестатистическими) сроки.

Я также имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил исчерпывающие ответы и разъяснения.

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

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 подтверждаю согласие на проведение профессиональной гигиены полости рта.

*Фамилия, инициалы и подпись пациента, контактный телефон*

V

*Фамилия, инициалы и подпись законного представителя пациента,*

*Фамилия, инициалы и подпись медицинского работника*

Дата: \_\_\_\_\_

1. Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_

Мне, гигиенистом стоматологическим Неделенко Галиной Николаевной предоставлена вся интересующая меня информация о предлагаемой процедуре отбеливания. Отбеливание зубов – косметическая процедура, не имеющая медицинских показаний.

Я понимаю цель и суть данной процедуры. Врач оценил состояние моего здоровья и провел обследование зубочелюстной системы для этого вмешательства.

Мне объяснили альтернативные методы осветления зубов, и, рассмотрев их, я сделал(а) свой выбор сознательно.

Я понимаю, что значительное отбеливание может быть достигнуто в большинстве случаев, однако определенный результат не может быть гарантирован.

Отбеливание, как и многие другие процедуры, имеет некоторые риски и ограничения.

Я понимаю, что для достижения желаемого результата эта процедура может быть выполнена в один-два визита или больше посещений, в зависимости от типа моих зубов. Каждое посещение будет занимать от часа до полутора часов.

Меня проинформировали о том, что в случае проведения клинического отбеливания более чем в одно посещение перерыв между процедурами может составить от одной до двух недель. Если проходит более двух недель, результаты могут быть менее значительными, т. к. эффективность процедуры будет потеряна. В течение первых 24 часов после отбеливания чувствительность зубов может быть повышена. Это ощущение обычно проходит в течение 1-2 дней.

В случае изначальной чувствительности зубов врач по согласованию со мной может провести процедуры по снижению чувствительности до отбеливания. Отбеливание может вызвать временное воспаление десен.

Также может возникнуть раздражение десен. Меня предупредили, что эти проблемы проходят в течение нескольких дней.

Я понимаю, что кариозные полости и/или неплотно прилегающие реставрации должны быть закрыты и (или) заменены до отбеливания.

Я согласен(а), что после отбеливания возможна коррекция цвета проведенных реставраций вплоть до полной замены реставраций, чтобы они соответствовали новому цвету зубов.

Меня предупредили, что невозможно достоверно предсказать, какого точно цвета будут зубы после отбеливания. Я полностью понимаю, что во время и после процедуры состояние может измениться, тогда по усмотрению врача для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия.

Для дополнительной активации геля во время процедуры используется источник света.

Поэтому, если у меня имеются меланомы или я нахожусь под фотохимико-и PУVA-терапией, мне необходимо проконсультироваться с терапевтом до отбеливания. Также если я принимаю любые светочувствительные препараты, то я должен(а) проконсультироваться с лечащим врачом, чтобы избежать фотореакции.

После проведения процедуры отбеливания мне рекомендовано отказаться от курения и чрезмерного употребления кофе и других напитков, содержащих красящие вещества. При оказании процедуры отбеливания гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость контроля качества проведенной процедуры 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 процедуры отбеливания.

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

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

Дата



1. Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,

зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_

пациент ООО «Зеленое Яблоко», проинформирован(а) моим лечащим врачом \_\_\_\_\_

о поставленном диагнозе \_\_\_\_\_

и необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта и пародонтологического лечения согласно рекомендованному плану лечения.

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

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);
- ортодонтические и 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.

Я информирован(а) обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время лечения и при проведении хирургической операции на пародонте, в т. ч.:

- возможности болевых ощущений в течение послеоперационного периода;
- возможности сохранения припухлости мягких тканей;
- возможности расхождения швов в послеоперационном периоде;
- повышения температуры тела и наличие симптомов интоксикации;
- ограничения открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
- обнажения шеек зубов и изменение рельефа десневого края.

Хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеют высокий процент клинического успеха, тем не менее я понимаю, что они являются биологической процедурой и поэтому не могут иметь стопроцентной гарантии на успех.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

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

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Я информирован о необходимости в течение послеоперационного периода, оговоренного врачом, не работать, не управлять автомобилем, соблюдать щадящий режим диеты, принимать назначенные лекарственные средства.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения кариеса не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

Я осознанно ответственность за сохранение своего здоровья и обязуюсь соблюдать правила личной гигиены полости рта и соблюдать все рекомендации врача, а также согласен(а) 1-2 раза в году являться на профилактические осмотры, а также для проведения профессиональной гигиены.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке, действующем в стоматологической клинике на пародонтологическое лечение и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мне сообщены, разъяснены и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, и сроки проведения лечения. Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы на них.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я доверяю врачу (фамилия И.О. врача) и согласен(на), что в исключительных случаях (болезнь врача, отпуск, увольнение и т. п.) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом лично или по телефону и получив мое согласие.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения заболевания пародонта на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

\* Являясь законным представителем пациента-ребенка, я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения ему заболевания пародонта на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись представителя: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

Подпись представителя: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата \_\_\_\_\_

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение вмешательства (стоматология хирургическая)**

1. Я, \_\_\_\_\_, проинформирован(а) врачом-стоматологом о состоянии моих зубов и необходимости хирургической операции, понимаю цель ее проведения.

Мне разъяснено, что последствиями отказа от данной операции могут быть прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Альтернативным методом лечения является отсутствие лечения.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры согласно предписаниям врача.

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 операции и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой операции. я полагаю, что в моих интересах приступить к операции.

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения. я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) понятные мне ответы.

Я ознакомлен(а) с правилами гигиены и мероприятиями по уходу за полостью рта, в том числе после удаления зуба, с применяемыми материалами, с диагнозом, со стоимостью услуги (на платном приеме).

Я внимательно прочитал(а) данное Приложение и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Содержание его мне понятно и дополнительно разъяснено врачом. я проинформирован(а) об обработке персональных данных в установленном законом порядке.

Сознавая вышеизложенное, я добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства при проведении хирургической операции, а также на использование и обработку моих персональных данных по существующим технологиям обработки документов в медико-профилактических целях.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью медицинской карты.

Фамилия, инициалы и подпись пациента \_\_\_\_\_ 0

Дата: \_\_\_\_\_

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства на ортопедическом приеме.

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

1. Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_

соглашаюсь с тем, что ортопедическое лечение будет проводиться врачом С.Н. Куцыным

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Мне предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом ортопедическом лечении.

2.1. Диагноз: \_\_\_\_\_.

2.2. Я ознакомлен(а) 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 будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение зубов).

2.3. Я осведомлен(а), что 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.

2.4. Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта, при анестезии, обработке зубов, снятии оттисков, корректировке 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.

2.5. Я осведомлен(а) о том, что срок ортопедического лечения длительный и зависит от сложности клинической ситуации, а также что срок лечения может измениться в связи с изменением плана лечения.

2.6. Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, определенному и согласованному с лечащим врачом. Меня осведомили о негативных последствиях в случае непосещения врача в указанный срок.

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

До подписания настоящего согласия 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 юридически значимым документом и влечет существенные правовые последствия.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях

с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г.

Фамилия, инициалы и подпись пациента, контактный телефон \_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы и подпись законного представителя пациента \_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы и подпись медицинского работника \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_