

**Информированное добровольное согласие на имплантацию зубов, костную и мягкотканную  
пластику.  
(основание - ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 323-ФЗ от 21.11.2011).**

Я \_\_\_\_\_ (ФИО пациента, либо законного представителя), соглашаюсь с тем, что  
зубную имплантацию, другое медицинское вмешательство \_\_\_\_\_  
пациенту \_\_\_\_\_ (ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительном падеже)  
будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_ и другие  
врачи Исполнителя.

Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также  
целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его  
последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною,  
планом стоматологического лечения.

Подтверждаю, что до заключения договора, в доступной форме настоящей информации уведомлен Исполнителем о том, что:

1. Несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения (посещения  
клиники), могут снизить качество услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии  
здоровья, а также предупреждает о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий  
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания  
гражданам медицинской помощи.

2. Исполнитель в доступной форме уведомил Пациента (Потребителя) об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме  
работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения,  
используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских  
работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления услуг и  
порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских  
изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

**3. Информированное добровольное согласие пациента на проведение медицинского  
вмешательства**

**Операция установки дентальных имплантатов, костная и мягкотканная пластика**

Я проинформирован(а) о поставленном после обследования о диагнозе и необходимости проведения хирургической операции по  
установке дентальных имплантатов, костной и мягкотканной пластики. От альтернативного плана лечения с использованием съемного  
протезирования пластиночными протезами я отказываюсь в пользу протезирования с опорой на имплантатах.

Я информирован (а), что операция будет проводиться под местным обезболиванием. Во время операции в костную ткань челюсти  
мне будут внедрены имплантаты и(или) мембраны, винты, пины, мягкотканые и костно-пластические материалы, и будут наложены  
швы. Операция будет проведена по общепринятой методике, с использованием сертифицированных стоматологических материалов.  
После операции, через определенный период времени, необходимый для интеграции имплантатов, мне будут изготовлены и установлены  
зубные протезы с опорой на имплантаты. Имплантаты будут выполнять функцию опоры для зубного протеза самостоятельно или в  
сочетании с собственными зубами. Вид будущего протеза определяется доктором и фиксируется в пален ортопедического лечения с  
опорой на имплантаты.

Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его  
расширение или отказ от запланированного объема), поэтому я соглашаюсь на возможное увеличение стоимости при увеличении объема  
операции. При невозможности установки имплантатов из-за состояния костной ткани операция будет прекращена либо проведена  
подготовка места для установки имплантатов путем мягкотканной пластики или аугментации кости (синус-лифтинг, расщепление гребня,  
пересадка костных блоков и другое) и прочие манипуляции согласно решению врача. Имплантаты в этом случае могут быть установлены  
как одномоментно, так и отсрочено после формирования мягких и костных тканей в сроки, рекомендованные лечащим врачом.  
Мягкотканная и костная пластика являются отдельными от установки имплантатов услугами и требуют дополнительной оплаты по  
прайсу Исполнителя на момент оказания услуги. В процессе лечения с применением имплантатов может потребоваться несколько  
операций по костной и мягкотканной пластике, необходимых для получения наилучшего клинического и эстетического результата  
лечения, а также установка формирователей десны и временных ортопедических конструкций на имплантаты.

Я информирован(а), что во время и после операции, в редких случаях, могут произойти нижеперечисленные осложнения:

- воспаление тканей вокруг имплантатов, что потребует дополнительного лечения и может привести к удалению  
имплантатов; припухлость, отек, болевые ощущения, кровотечения, гематомы;
- возможно инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае осложнений, и при несоблюдения  
предписанных врачом назначений, рекомендаций и правил гигиены;
- боль, отек, гематомы, общее недомогание, гипертермия, онемение губы, языка, щеки, подбородка, зубов.

Точную продолжительность этих побочных ощущений и осложнений невозможно прогнозировать, и в крайне редких случаях они  
могут быть необратимыми;

Понимая сущность предложенного лечения и сложность биологического организма человека, я согласен (на), что невозможно  
гарантировать 100% достижение результата лечения, что ожидаемый результат может отличаться от полученного в результате  
вмешательства. В связи с этим, я понимаю, что возможны случаи неблагоприятного исхода операции в виде неприживания имплантата,  
мягкотканного трансплантата и костно-пластического материала. В то же время Исполнитель может провести повторную операцию и,  
при необходимости, применить костно-пластические материалы для повторной операции. При неблагоприятном исходе операции  
(удаление или отторжение имплантата), явившимся следствием индивидуальной реакции организма на проведенное вмешательство и не  
связанном с нарушением Исполнителем общепринятых правил и методик оказания соответствующих услуг, Исполнитель за такие  
осложнения ответственности не несет.

Я понимаю, что курение, приём алкоголя, наркотиков, некоторых лекарственных препаратов, наличие и обострение имеющихся и вновь возникших заболеваний, полученные пациентом острые травмы, снижают успех лечения. Я согласен(на) выполнять рекомендации врача по приёму лекарственных препаратов в до- и послеоперационном периоде, по уходу за полостью рта, отказу от вредных привычек, изменению режима и характера питания, понимаю необходимость регулярно приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в амбулаторной карте стоматологического больного не реже 1 раза в 3 месяца).

Я информировал врача обо всех случаях аллергии в прошлом и настоящее время. Я предупрежден о том, что должен незамедлительно сообщать моему лечащему врачу обо всех изменениях моего здоровья.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство производиться не может. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в виде временной потери чувствительности в области обезболивания. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медицинские препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, онемение и отека 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 осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема лекарственных препаратов.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров по методу, рекомендованному врачом.

Я информирован(а), что при отказе от рентген-обследования в виде трехмерной компьютерной томографии врач не сможет провести качественное лечение и исключить осложнения после лечения.

Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Я информирован о среднем сроке службы имплантатов и среднестатистическом проценте благоприятного исхода операции по установке имплантата и операций по костной и мягкотканной пластике. Меня уведомили, что костная и мягкотканная пластика может потребоваться до установки имплантатов, в момент установки имплантатов, а также после полной интеграции имплантата перед протезированием. Невыполнение такой рекомендации может послужить причиной неудачи протезирования в связи с высокими медицинскими рисками возникновения осложнений и нарушения врачебных рекомендаций.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке и сроке службы на овеществленные результаты хирургического лечения и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае несоблюдения условий гарантии и врачебных рекомендаций по срокам временного и постоянного протезирования я лишаюсь права на гарантию на все результаты оказанных услуг. Я уведомлен(а), что для сохранения гарантий и получения ожидаемого результата от протезирования на имплантатах необходимо полностью завершить весь комплексный план лечения и протезирования, рекомендованный лечащим врачом. Отказ от полного завершения комплексного плана лечения или несоблюдение сроков лечения на любом этапе является поводом для аннулирования Исполнителем гарантий на все ранее полученные результаты медицинских услуг.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, связаны со случаями аллергии или индивидуальной реакции моего организма на вмешательство, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я информирован(а), что длительное заживление послеоперационной раны, ее возможное инфицирование, наличие после удаления зубов и корневых острых краев лунки, частичное или полное расхождение швов, раскручивание винта на имплантате или формирователя десны, сопутствующий синус-лифтингу воспалительный процесс в гайморовой пазухе, выкрашивание элементов костно-замещающих материалов из раны, прорезывание частей фиксирующих винтов, пинов и мембран, образование послеоперационных рубцов, неприживание, частичное или полное рассасывание мягкотканного или костно-пластического материала считаются особенностями проведения хирургических вмешательств и не являются существенными недостатками оказанных медицинских услуг. Я предупрежден о необходимости приема антибиотиков и других препаратов по назначению врача.

Я информирован (а) о том, что протезирование будет проведено в сроки, установленные для каждого вида имплантатов и индивидуальных особенностей организма. Эти сроки, установленные врачом, должны быть полностью соблюдены для максимальной адаптации имплантата в костной ткани. Оплата за ортопедический этап лечения мною будет проведена отдельно по расценкам ортопедического прейскуранта на момент проведения этапа протезирования. Мне разъяснили, что вид фиксации ортопедической конструкции на имплантаты (цементной или винтовой) выбирает врач исходя из клинической ситуации и медицинских показаний. Я уведомлен, что при винтовой фиксации на наружной части коронок будут шахты доступа к фиксирующему винту, которые закрываются пломбирочным материалом. Материал подлежит последующей коррекции при нарушении краевого прилегания по показаниям. В случае применения комбинированных абатментов на может происходить отклейка основания от титановой базы или раскручивание фиксирующего винта, что является конструктивной особенностью изделия и не относится к недостаткам оказанной услуги. Атрофия костной ткани до 2мм в пришеечной части после установки имплантатов является нормой. Я уведомлен о необходимости после протезирования на имплантатах обязательно использовать для самостоятельной гигиены ирригатор полости рта и проходить процедуру профессиональной гигиены не реже 1 раза в 6 месяцев. Я знаю, что любой съемный протез с опорой на имплантаты подлежит обязательной перебазировке и коррекции опорно-удерживающих элементов в сроки не реже 1 раз в 6 месяцев с оплатой данной услуги по прайсу клиники.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне объяснили значение схемы нумерации зубов и всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях. Я подтверждаю свое согласие на медицинские вмешательства на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО полностью) (подпись пациента)

Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО) (подпись врача)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
**на ортопедическое лечение.**  
**(основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г.,**  
**№ 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)**

Я \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента, законного представителя, число, месяц, год рождения)

Этот документ подтверждает, что я ознакомился(лась) с предлагаемым планом лечения, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Доктор поставил мне (моему представляемому) следующий диагноз.

Мне известно, что вариантами стоматологического лечения являются следующие методики: терапевтическое лечение (лечение зубов с целью их сохранения), хирургическое лечение (комплекс мероприятий, направленных на сохранение зубов, а так же удаление зубов), ортопедическое лечение, пародонтологическое лечение (лечение тканей, окружающих зуб и слизистой оболочки полости рта), имплантация (восстановление целостности зубного ряда искусственным корнем из высокотехнологичного материала - имплантатом), ортодонтическое лечение (исправление и предупреждение нарушения положения зубов и аномалий прикуса.) и отсутствие лечения как такового.

В доступной форме я получил(а) информацию о том, что с учетом имеющейся у меня клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений организма оптимальным, наиболее эффективным методом лечения с позиции медицинских показаний является ортопедическое лечение.

Врач объяснил мне, что целью ортопедического лечения является полное (или достаточное) восстановление эффективности зубочелюстной системы искусственными конструкциями; восстановление жевательной функции отдельных зубов, зубных рядов; нормализация смыкания зубов; профилактика дальнейшего нарушения функции жевательного аппарата; восстановление функций речи и глотания; лечение и профилактика функциональной перегрузки височно – нижнечелюстных суставов; устранение эстетических недостатков зубочелюстной системы.

Мне объяснено в доступной форме, что в зависимости от конкретной клинической ситуации, возраста, стадии патологического процесса индивидуально подбираются варианты ортопедического лечения, такие как:

- протезирование одиночными коронками (цельнолитые, цельнокерамические, металлокерамические и т.д.)
- протезирование мостовидными протезами (цельнолитые, цельнокерамические, металлокерамические и т.д.)
- протезирование на имплантатах;
- частичные съемные протезы (пластинчатые, бюгельные и т.д.);
- полные съемные протезы;
- вкладки, виниры;
- и др. \_\_\_\_\_

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае могут иметь меньший клинический успех (меньшую длительность службы протеза; Ухудшие эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; возможное ухудшение здоровья тканей пародонта и дальнейшее нарушение функции жевательного аппарата, рецидивы деструктивных процессов зубочелюстной системы в целом).

Врач подробно и доступно объяснил мне, что для покрытия зубов ортопедическими конструкциями проводится процедура их механического препарирования (снятия слоя твердых тканей зубов), которая является необратимой. С использованием специального слепочного материала снимается оттиск зубов и изготавливаются модели челюстей. Модель передается в техническую лабораторию. В следующие посещения, кратность которых зависит от сложности и объема работы, последовательно производится: примерка искусственных конструкций, подбор цвета, фиксация на временный (по показаниям) или постоянный цемент.

В доступной для моего понимания форме врач объяснил, что для восстановления зубов (зубных рядов) искусственными ортопедическими конструкциями по абсолютным медицинским показаниям может потребоваться депульпирование- удаление нерва из интактного (здорового) зуба в случаях:

- изменения положения опорного зуба или зуба антагониста (выраженный наклон, выдвигание),
- близкого расположении пульпы (нерва) к эмали в силу индивидуальных анатомических особенностей.
- Также меня уведомили, что наиболее предпочтительным для здоровья и долгосрочного прогноза, является покрытие зубов искусственными ортопедическими конструкциями без предварительного депульпирования опорных зубов.
- Я понимаю, что в этом случае (в случае сохранения жизнеспособности пульпы опорного зуба) существует риск развития, по независящим от действия врача и правильности проведения манипуляций: причинам, как в процессе протезирования так и после покрытия зуба ортопедической конструкцией, следующих процессов:
- воспаление пульпы зуба;
- развитие воспалительного процесса в тканях вокруг корня опорного зуба.

Я информирован, что в этом случае за дополнительную плату согласно прейскуранту и «Положению о гарантиях» Исполнителя будет проведено лечение корневых каналов.

Мне понятно, что в случае, если зуб уже покрыт ортопедической конструкцией, лечение каналов может осуществляться только после снятия ортопедической конструкции. В этом случае, после проведенного лечения каналов, возникает необходимость изготовления новой ортопедической конструкции, согласно действующему прейскуранту и «Положению о гарантиях» Исполнителя.

Так же доступно для меня врач объяснил, что в случае снятия ортопедической конструкции существует вероятность возникновения во время процедуры по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, следующих обстоятельств:

- чувство дискомфорта и болезненность;
- травма слизистой полости рта;
- скол, трещина, откол части или всей пломбы на соседних зубах, что по абсолютным медицинским показаниям потребует лечения/восстановления по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях;

- скол и(или) выпадение пломбы, перелом коронки, зуба, с которого снимается конструкция, что по абсолютным медицинским показаниям потребует восстановления пломбирочным материалом или опорной конструкцией по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях;
- раскол, трещина, перелом корня зуба, с которого снимается конструкция, что по абсолютным медицинским показаниям потребует удаления зуба по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях;
- скол облицовочных элементов ортопедической конструкции, что потребует её коррекции согласно Положению о гарантиях Исполнителя.

необратимое повреждение, поломка ортопедической конструкции, что по абсолютным медицинским показаниям потребует её полной замены по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях.

Я понимаю, что по абсолютным медицинским показаниям в случаях наличия воспалительного процесса в корневых каналах и(или) хронических изменений в тканях вокруг корня зуба необходимо лечение и (или) перелечивание ранее запломбированных корневых каналов опорного зуба(ов).

Мне понятно, что ортопедическое лечение не исключает других стоматологических манипуляций как перед протезированием, так и в процессе ортопедического лечения. Мероприятия по терапевтическому, пародонтологическому, ортодонтическому и хирургическому лечению зубов, а так же имплантация могут быть обязательными условием для достижения необходимого положительного результата ортопедического лечения. При использовании ортопедического метода стоматологического лечения имеется вероятность возникновения непредвиденных обстоятельств, в связи с тем, что специфика медицинской услуги предполагает вмешательство в биологические процессы, не контролируемые в 100% случаев волей человека и не изученные окончательно современной медицинской наукой.

Я информирован (а), что в крайне редких случаях, во время проведения ортопедических манипуляций и после, по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, возможно возникновение таких обстоятельств как:

- необходимость лечения корневых каналов при обработке зуба под искусственную коронку;
- необходимость удаления зуба с сомнительным или неблагоприятным прогнозом лечения(сложная анатомия каналов, выраженные очаги деструкции костной ткани и т.д.);
- удаление зуба вследствие выраженного поражения коронки зуба и(или) корня кариозным процессом, в результате чего невозможно создать благоприятные условия для адекватной фиксации протеза;
- необходимость лечения(перелечивания) корневых каналов зуба, покрытого коронкой, вследствие развития воспалительных изменений в каналах и тканях, окружающих зуб, что потребует снятия или переделки ортопедической конструкции
- удаление зуба в результате его травматического раскола установленной опорной конструкцией;
- возникновение стойких расстройств в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания;
- другие психомонофункциональные расстройства;
- поломка протеза при наличии патологии височно – нижнечелюстных суставов;
- появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов искусственных конструкций;
- невралгии;
- \_\_\_\_\_

Я уведомлен, о возможных конструктивных, эстетических и функциональных особенностях искусственных ортопедических конструкций, не относящихся к существенным недостаткам оказанных услуг и не независящих от врача и правильности проведенных манипуляций, таких как:

- застревание пищи;
- наличие шахт для доступа к винтам;
- наличие видимых элементов фиксации съемных протезов(замки, кнопки, кламмера) и металлических частей коронок;
- отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций;
- отсутствие чувствительности к сжатию зубов;
- изменение всех видов чувствительности при перекрывании частями протеза слизистой оболочки полости рта;
- необходимость применения специальных средств для лучшей фиксации съемных протезов;
- неудобство при жевании;
- изменение дикции;
- многократные примерки и коррекции протезов в процессе и после их изготовления, необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата протезирования;
- раскручивание винта, фиксирующего ортопедическую конструкцию на имплантатах;
- нарушение фиксации постоянных и временных конструкций;
- снижение качества фиксации съемного протеза в процессе эксплуатации из-за естественного физического износа элементов фиксации, что потребует активации или замены фиксирующих элементов.

Я уведомлен, что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных (возрастных) процессов, возникает необходимость коррекции либо переделки ортопедической конструкции.

Я уведомлен(а) о необходимости перебазирования съемных протезов в процессе их эксплуатации не реже 1 раза в 6 месяцев.

Врач предупредил меня, что при съемном протезировании протезы зубов не фиксируются постоянно в полости рта и требуют специального ухода (указываются в Памятке) и существует вероятность повреждения протеза, при неаккуратном с ним обращении. Лечащий врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, важность соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также необходимость полного восстановления целостности зубных рядов.

Последствиями отказа от протезирования могут быть:

- прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением окружающей кости;
- перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения;
- вторичные деформации зубных рядов;
- снижение эффективности жевания;
- ухудшение эстетики и нарушение функции речи;
- прогрессирование заболеваний пародонта;
- быстрая утрата оставшихся зубов;
- прогрессирующую убыль костной ткани в области отсутствующих и рядом стоящих зубов, что в дальнейшем может потребовать манипуляций по восстановлению костной ткани.
- повышенная стираемость зубов;
- нарушение пропорций лица и другие эстетические нарушения или изменения;

- заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейромышечная патология.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен (а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений. Рентгенография детям до 14 лет осуществляется только по строгим клиническим показаниям, с согласия и в присутствии родителей.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Мне сообщено, что при получении рентгенограммы неудовлетворительного качества (в случаях: движения пациента во время процедуры, большой мышечной массы и плотности тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т.д.) необходимо выполнение повторного рентгеновского снимка. Доза облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок.

Для практически здоровых лиц годовая эффективная доза при проведении профилактических медицинских рентгенологических процедур и научных исследований не должна превышать 1 мЗв (1000μЗв). 1 обследование КТ - 80μЗв, ОПТГ- 80μЗв, RVG(прицельный)- до 12μЗв.

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.

Я предупрежден(а) о факторах риска и понимаю, что проведение данного анестезиологического медицинского вмешательства сопряжено с риском нарушений со стороны сердечнососудистой, нервной, дыхательной и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, и даже неблагоприятного исхода в виде летального.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений:

- аллергические реакции организма на медикаментозные препараты;
- обморок, коллапс, шок;  травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами;  невралгиями и постинъекционными гематомами.

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией моего организма на него. Введение раствора проводится при помощи иглы, что может сопровождаться травмой мягких тканей и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограниченное открывание рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание может быть затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинских вмешательств без анестезии невозможны.

Я информирован о том, что в этих случаях, при моем правомерном отказе от использования анестезии, у врача не имеется объективной возможности предоставить требуемую услугу в плановой ситуации. Т.к. в этом случае он не может, по независящим от него обстоятельствам, обеспечить безопасность услуги (ФЗ «О защите прав потребителей») и нарушает право пациента на гуманное отношение при оказании медицинской помощи(ч.5. ст. 19 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

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

Я информирован о том, что для профилактики возникновения описанных непредвиденных обстоятельств будут приняты все необходимые меры предосторожности: подробный сбор анамнеза, проведение манипуляций с учетом моих(представляемого) анатомо-топографических особенностей. Я информирован, что клиника оснащена всем необходимым для оказания экстренной медицинской помощи. Высокий процент успешности проведения ортопедического лечения (более 90%) не исключает определенный процент (5-10%) неудач ортопедического лечения, что может потребовать проведения коррекции или полной переделки ортопедической конструкции. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского специалиста, участие которого в моем(моего представляемого) лечении будет необходимо.

Я понимаю, что невозможно точно установить сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека, и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания медицинской помощи.

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

Я информирован, что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого терапевтического лечения. Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня(представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на терапевтическое лечение и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии (Положение о гарантиях), которые обязуюсь соблюдать.

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом, являющимся приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг и неотъемлемой частью амбулаторной карты (ф.043У).

Примечание: согласие на проведение стоматологического вмешательства в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (16 лет для страдающих наркоманией), и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись, **Ф.И.О. Пациента или его представителя**

Дата \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Пациент (законный представитель пациента) имеет право собственноручно вносить в текст данного информированного согласия дополнения, связанные с его правом на добровольность такового.**

**СОГЛАСИЕ**  
**пациента на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_  
(ФИО)

Зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

своей волей и в своем интересе подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ЮР-АВТОХХИ», расположенному по адресу: 117418 г.Москва, ул.Новочеремушкинская 57, моих персональных данных. **Цель обработки персональных данных:** в соответствии с требованиями ст.ст. 23, 24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, оформления договорных отношений с пациентом при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну в соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

Законодательство Российской Федерации в области персональных данных основывается на Конституции Российской Федерации и международных договорах Российской Федерации и состоит из Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и других определяющих случаи и особенности обработки персональных данных Федеральных законов. **Перечень персональных данных, на обработку которых дано настоящее согласие:**

- фамилия, имя, отчество;
- паспортные данные;
- дата рождения;
- пол;
- адрес места жительства (по паспорту, фактический);
- контактный номер телефона;
- семейное, социальное положение;
- место работы (учебы);
- должность;
- сведения о состоянии здоровья (в т.ч. группа здоровья, группа инвалидности и степень ограничения к трудовой деятельности, состояние диспансерного учета, зарегистрированные диагнозы);
- сведения об оказанных медицинских услугах (в т.ч. о проведенных лабораторных анализах и исследованиях и их результатах, выполненных оперативных вмешательствах, случаях стационарного лечения и их результатах); - сведения, содержащиеся в полисе медицинского страхования;

- сведения, содержащиеся в страховом свидетельстве государственного пенсионного страхования (СНИЛС).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: обработка персональных данных, включая сбор, запись, аудио-видеозапись, фотопротокол, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

*Если распространение (в том числе передача) информации о персональных данных производится в не предусмотренных Федеральным законодательством случаях обязательного предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных, оператор обязан запросить письменное согласие пациента в каждом отдельном случае.*

**Способы обработки персональных данных:** на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом; при участии и при непосредственном участии человека.

**Срок, в течение которого действует согласие:** до достижения цели обработки персональных данных или до момента утраты необходимости в их достижении, если иное не предусмотрено Федеральным законодательством.

**Настоящее согласие может быть отозвано** мной путем подачи в ООО «ЮР-АВТО XXI» письменного заявления об отзыве согласия.

Подтверждаю, что я ознакомлен с Положением о защите персональных данных пациентов ООО «ЮР-АВТО XXI», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

---

(подпись)

(расшифровка подписи пациента)



## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение терапевтического лечения зубов

*Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество пациента)

обращаюсь за стоматологическими услугами для проведения терапевтического и эндодонтического лечения (лечение корневых каналов) зубов. Этот документ подтверждает, что я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым планом, сроками и стоимостью оказания медицинских услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение терапевтического лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Мне разъяснено, что перед проведением санации полости рта, я обязан пройти гигиеническую подготовку и рентгеновское обследование. При необходимости я обязан(а) пройти клиническое обследование и выполнять все необходимые дополнительные обследования, которые могут потребоваться в процессе лечения.

Лечащий врач после проведенной диагностики обосновал необходимость проведения терапевтического лечения зубов. Я понимаю, что результатом терапевтического лечения является устранение воспалительного процесса в каналах зуба и восстановление целостности твердых тканей зуба при помощи пломбировочных материалов. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости, перелом зуба при отказе от покрытия зуба ортопедической конструкцией после проведенного эндодонтического лечения, 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, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология, появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового, хирургическое вмешательство (апикальная хирургия). Альтернативные хирургические варианты лечения могут быть использованы при не достижении эффекта от терапевтического лечения зубов.

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

- ощущение дискомфорта после лечения, которое продолжается от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач назначит препараты, если сочтет это нужным;
- отечность десны или лица в области леченого зуба, которая может сохраняться в течение нескольких дней или больше;
- если корни зубов обращены в верхнечелюстной синус или нижнечелюстной канал, возможен выход пломбировочного материала в гайморову пазуху или челюстной канал;
- тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше;
- частота неудач составляет 5-10%. (При неудаче может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки зуба или удаление зуба);
- переломы инструментов во время лечения корневого канала, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченом канале или может потребоваться их хирургическое удаление;
- перфорация корневого канала инструментами, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению;
- преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта;
- после обработки канала может возникнуть обострение хронического воспалительного процесса, а именно отек мягких тканей, повышение температуры, боли в области леченого зуба;
- при распломбировывании канала зуба могут быть диагностированы ленточные перфорации канала;
- при лечении зубов возможно заглатывание мелких стоматологических инструментов.

Высокий процент успешности проведения терапевтического лечения (более 80%) не исключает определенный процент (5-10%) неудач, что может потребовать: повторной установки пломбы, перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии (резекции) и даже удаление зуба.

Во время лечения корневых каналов возможна поломка эндоинструмента, что может повлечь за собой невозможность его удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и повлечь за собой удаление зуба.

При лечении инфицированных и ранее леченных корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается (до 60%), что связано: со случаями, если каналы ранее были пломбированы в другой клинике твердеющими препаратами, резорцин-формалиновым методом, в каналах имеются сломанные эндоинструменты, металлические и стекловолоконные штифты и вкладки, тогда часто невозможно удалить старую корневую пломбу и пройти канал на всю длину; с ситуацией, если уже имеются перфорации корней и стенок зуба, ступеньки и ложные каналы; 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 и стать причиной удаления зуба, не являясь при этом недостатком оказанных услуг;

Если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции (например, перелом коронки), либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом возможно ее необратимое повреждение). Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию или извлечь из канала инструмент, штифт или вкладку может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению.

Мне объяснили, что установка пломбы на депульпированный зуб не является конечным этапом его лечения. Я понимаю необходимость обязательного восстановления постоянной пломбой или вкладкой коронковой части зуба после проведения эндодонтического лечения в течение 2 недель и необходимость покрытия депульпированного зуба ортопедической конструкцией (вкладкой или коронкой) в сроки до 1 месяца после постоянной пломбировки корневых каналов; в противном случае лечение может потерпеть неудачу ввиду поломки и удаления зуба, либо потребовать повторного перелечивания корневых каналов за счет Пациента. Мне известно, что случае нарушения этих рекомендаций Исполнитель за результаты лечения депульпированного зуба ответственности не несет.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения как в процессе лечения, так и после него согласно рекомендациям врача и графику контрольных осмотров.

Лечащий врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам лечения, важность соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также необходимость полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций. Хотя предложенное лечение поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, оно является вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических этапов. Я уведомлен(а), что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных процессов, возникает необходимость коррекции либо переделки корневых и коронковых пломб. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после окончания лечения не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача, в этом случае замена конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно согласно прайсу Исполнителя.

Я уведомлен(а), что для терапевтического лечения проводится процедура шлифования слоя твердых тканей зуба, которая является необратимой. Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что не всегда возможно поставить точный диагноз (кариес или пульпит) и спланировать соответствующее лечение. Я осознаю, что для лечения зубов с глубокими и обширными полостями даже после постановки постоянной пломбы может потребоваться депульпирование зуба и лечение (перелечивание ранее пломбированных) корневых каналов в нем, и что присутствие такой рекомендации врача в предварительном плане лечения нужно для получения наилучшего результата лечения. Также меня уведомили, что наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза является сохранение жизнеспособности пульпы. В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба с ранее имевшейся в нем кариозной полостью или глубокою клиновидном дефекте, стираемости, существует риск воспаления пульпы зуба и (или) развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба как в процессе, так и после постановки постоянной пломбы. Я информирован(а), что в этом случае за дополнительную плату согласно прайсу будет проведено лечение корневых каналов опорного зуба наиболее рациональным и безопасным способом и последующее протезирование.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что итоговый результат лечения может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные пломбы эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций. Я осознаю риск, связанный с применением анестезии и медицинских препаратов, Я понимаю, что в моих интересах начать предложенное мне лечение. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии терапевтическое вмешательство не может производиться. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в виде временной потери чувствительности в области обезболивания.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениями. Введение анестетика проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отека десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше. Возможен перелом иглы в мягких тканях, связанный с дефектом ее изготовления.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Я проинформирован(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его 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 рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

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, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо. Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания услуг. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения лечебных манипуляций по устранению кариеса и его осложнений, некариозных процессов в полости рта.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО полностью) (подпись пациента)

Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО) (подпись врача)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение хирургического лечения**

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я \_\_\_\_\_ (ФИО пациента, либо законного представителя), соглашаюсь с тем, что хирургическое лечение (удаление зуба, удаление молочного зуба, вскрытие абсцесса, иссечение капюшона, удаление экзостоза, удаление инородного тела, зубосохраняющую операцию, операцию на мягких тканях, хирургическое удаление кисты корня, другое вмешательство: \_\_\_\_\_)

пациенту \_\_\_\_\_ (ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в  
родительном падеже)

будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_ и другие врачи Исполнителя.

Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящем лечении: цель хирургического лечения, необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с предполагаемым планом хирургического стоматологического лечения. Я понимаю, что хирургическое лечение является сложной биологической процедурой, успешное проведение которой напрямую зависит от индивидуальных анатомических, физиологических, иммунологических особенностей моего организма, от которых также могут зависеть и возможные общие и местные осложнения. Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта не прогнозируемо, и может привести к необходимости дополнительного оперативного лечения. При удалении молочного зуба допустимо сохранение фрагментов корня зуба, в случае если их извлечение может привести к травме зачатка постоянного зуба.

Я также понимаю, что выздоровление может занять время и будет полностью зависеть от выполнения мной рекомендаций врача.

При этом я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также информирован(а), что в ряде случаев хирургическое лечение является единственным способом достижения желаемого результата.

Я понимаю, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема), а также необходимость привлечения других специалистов, в том числе челюстно-лицевых хирургов.

В дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического (зубопротезного) лечения. Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения. Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен(а) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям.

Я подтверждаю, что сообщил(а) все известные имеющиеся у меня болезни и недуги. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я понимаю необходимость соблюдения гигиены и режима приема прописанных мне препаратов перед операцией и после ее. Я осведомлен(а) о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством; после операции необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта, выполнение всех рекомендаций врача.

При оказании хирургической помощи результат не может быть гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение качественных материалов и инструментов, а также правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом.

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью. Дополнительных условий мною не выдвигается.

Дополнительно \_\_\_\_\_

***Возможные негативные последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а также в ходе хирургического вмешательства и после него:***

- под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции;
- при приеме анальгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения): аллергические реакции, изменения витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
- боли в месте инъекции;
- луночковые боли после удаления зуба, развитие альвеолита, связанное с особенностями развития воспалительного процесса, индивидуальными защитными реакциями или особенностями организма, либо с выполаскиванием из лунки кровяного сгустка;
- кровотечение из лунки или разреза;
- повреждение нерва, приводящее к онемению или подергиванию губы, онемению подбородка, десен, зубов, языка в оперированном участке (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным), парестезия в области языка, нижней губы;
- перелом челюсти;
- вывих или подвывих нижней челюсти;
- сообщение полости рта с гайморовой пазухой, что потребует проведения дополнительной операции;
- гайморит;
- попадание корня зуба в гайморову пазуху;
- появление отека мягких тканей или увеличение имевшегося отека при хирургическом вмешательстве в период обострения, а также развитие эмфиземы мягких тканей;
- контрактура жевательных мышц после удаления зуба, боли при глотании;
- повреждение соседних зубов и пломб;
- натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием;

- формирование рубца;
- в исключительных случаях оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти, чтобы не проводить обширную операцию;

**другие виды осложнений в случае отсутствия дальнейшего ортопедического 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;
- общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, неврологическая патология.

**Необходимые условия для достижения положительного результата лечения:**

- точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача,

- последовательное выполнение пациентом **всех этапов и сроков** стоматологического лечения, рекомендованных врачом.

Я понимаю, что гарантийные обязательства на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта по стандартам Исполнителя. В случае невыполнения этих рекомендаций гарантия не сохраняется.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу.

Я соглашаюсь на проведение рентгенологических исследований в процессе лечения и после него и предоставляю лечащему врачу выбор метода, количество и временные сроки для исследований.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Я доверяю лечащему врачу и медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения. *Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют.*

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа.

Памятка после хирургического лечения зубов, мною прочитана и получена. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО полностью) (подпись пациента)

Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО) (подпись врача)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ г.

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (ЛЕЧЕНИЕ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ)

*Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

Я, Пациент \_\_\_\_\_,  
проинформирован(а) о поставленном диагнозе \_\_\_\_\_

и необходимости проведения эндодонтического лечения (лечения корневых каналов) зубов \_\_\_\_\_ в соответствии с Предварительный планом лечения, описанным в медицинской карте.

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.

Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие доступа к каналам зуба, их механическую и медикаментозную обработку для удаления распада и инфекции, а также временное и постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата. Положительный результат эндодонтического лечения заключается в исчезновении воспаления на верхушке корня и проявляется в период от 3-х до 12-ти месяцев.

Последствием отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; абсцесс, флегмона, свищ, перелом зуба, поражение соседних зубов, имплантатов, костной ткани челюсти, потеря зуба, воспаление лимфатических узлов, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются: удаление поражённого зуба (зубов); отсутствие лечения как такового. Необходимость удаления зуба может также возникнуть в процессе лечения при неэффективности консервативного подхода, невозможности распломбировать канал, перфорации зуба, выявления трещины и т.п.

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

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Врач понятно объяснил мне, в чем будет заключаться предложенное лечение и все возможные осложнения предложенного лечения и последствия, которые могут возникнуть как во время лечения корневых каналов, так и после его окончания, а именно:

1. Имеется определенный процент (5 - 10 %) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, хирургического вмешательства в области корней зуба, проведение хирургических зубосохраняющих операций (гемисекция, резекция корня) и даже удаления зуба.
2. Ощущение боли и дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты либо повторить вмешательство;
3. Во время лечения корневых каналов, особенно искривленных и ранее пломбированных, 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 или вызвать необходимость применения других манипуляций, в том числе пломбировку канала без извлечения сломанного инструмента;
4. Если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно её необратимое повреждение). Также при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти раскол или перелом самого зуба, что может привести к его удалению;
5. Даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя дать гарантии, что зуб не подвергнется кариозному разрушению, рецидиву инфекции или перелому в будущем.

**При перелечивании корневых каналов** процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, поэтому я соглашаюсь на риск возникновения следующих осложнений:

- невозможность удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;
- при сильной кальцификации (плохой проходимостью) корневых каналов, повышается вероятность возникновения перфорации и поломки инструментов и перелома корня.

Все эти сложные клинические ситуации могут негативно повлиять на конечный результат эндодонтического лечения и привести к удалению зуба и инфекционным осложнениям.

Я уведомлен, что временная пломба может выпасть и в этом случае нужно явиться в клинику незамедлительно. Срок нахождения временной пломбы в зубе – максимум 30 дней. После этого она должна быть заменена на постоянную или поставлена новая временная пломба. В противном случае потребуются повторное лечение корневых каналов.

Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба ортопедической конструкцией после проведения эндодонтического лечения, в противном случае есть риск потерять зуб, либо потребуются повторное лечение корневых каналов.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, возможно, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки, накладки) согласно решению врача за дополнительную плату согласно прайса клиники на момент оказания услуги.

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, 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 осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков или антибиотиков.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также обо всех имеющихся у меня заболеваниях.

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

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. 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.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что ожидаемый мной положительный результат эндодонтического лечения 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.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на эндодонтическое лечение и пломбирование корневых каналов и ознакомлен(а) с правилами использования овеществленных результатов лечения, с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я полностью 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.

Мной заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы на них.

Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

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, а также предоставлять об объеме и стоимости оказанных услуг близким родственникам и моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных стоматологических услуг. Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне лечения на предложенных условиях, о

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО полностью) (подпись пациента)

Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(ФИО) (подпись врача)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.