**Информированное добровольное согласие**

**на проведение стоматологического лечения**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(ФИО пациента)

Врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача)

проинформирован(а) о необходимости лечения следующих зубов:

диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зуб \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зуб \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о: стоимости лечения, допустимости уточнения диагноза в процессе лечения, индивидуальный рекомендованный план лечения, допустимость коррекции намеченного плана и технологии лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Мне разъяснены возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Мне разъяснены возможные осложнения после проведенного лечения: \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Мне разъяснены и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

- сроки проведения лечения;

- стоимость отдельных процедур и лечения в целом.

При этом мне разъяснено, что стоимость лечения может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть, в случае их возникновения врач предупредит меня об изменении стоимости услуг.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться такие обследования как: ортопантомограмма, прицельный компьютерный снимок, консультация стоматолога иного профиля, консультация врача общего медицинского профиля.

До меня доведена информация о проведении данного лечения специалистом соответствующей квалификации, с применением им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих методик лечения и соблюдения правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) полные и понятные мне ответы на них.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской процедуры в соответствии с ним.

Я подтверждаю, что после всех разъяснений относительно процедуры, понимаю все возможные последствия, и согласна на проведение вышеуказанной стоматологической процедуры.

 Дата «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. ◦

 Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка )

Я, врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_проинформировал(а) пациента о порядке проведения процедуры, о противопоказаниях, о возможных негативных последствиях и осложнениях, а также дала рекомендации для пациента, которые необходимо соблюдать после проведенной процедуры.

 Дата «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. ◦

 Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка )

**Информированное добровольное согласие**

**на эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зубов)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(ФИО пациента)

Врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача)

проинформирован(а) о необходимости лечения корневых каналов (эндодонтическое лечение) следующих зубов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мне разъяснено, что эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для дезинфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата. 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. Мне разъяснено, что альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба.

Я ознакомлен с методом лечения и возможными осложнениями предложенного лечения и последствиями, которые могут возникнуть в ходе предложенного лечения, а именно:

- ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, в связи с чем врачом могут быть назначены лекарственные препараты;

- 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. Данные осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба или вызвать необходимость применение других манипуляций;

- в случае необходимости лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного протеза, при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение);

- при снятии ортопедической конструкции, может произойти перелом зуба, что может привести к его удалению;

- в случае успешного завершения эндодонтического лечения, риск возникновения повторного кариозного разрушения данного зуба возможен.

При повторном лечении (перелечивании) корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения снижается, что связано:

- с невозможностью удаления старой корневой пломбы, либо металлического штифта из корневого канала;

- с плохой проходимостью корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов).

Мне разъяснено о необходимости обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения, в связи с тем, что после лечения корневых каналов зуб будет более хрупким и по назначению врача возможно установление штифта, вкладки или коронки.

До меня доведена информация о проведении данного лечения специалистом соответствующей квалификации, с применением им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих методик лечения и соблюдения правил санитарно-эпидемиологического режима.

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

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) полные и понятные мне ответы на них.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской процедуры в соответствии с ним.

Я подтверждаю, что после всех разъяснений относительно процедуры, понимаю все возможные последствия, и согласна на проведение вышеуказанной стоматологической процедуры.

 Дата «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. ◦

 Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка )

Я, врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_проинформировал(а) пациента о порядке проведения процедуры, о противопоказаниях, о возможных негативных последствиях и осложнениях, а также дала рекомендации для пациента, которые необходимо соблюдать после проведенной процедуры.

 Дата «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. ◦

 Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка )

**Информированное добровольное согласие**

**на ортопедическое лечение**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(ФИО пациента)

Врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача)

проинформирован(а) о необходимости ортопедического лечения следующих зубов:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я проинформирован(а), что ортопедическое лечение имеет своей целью долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию.

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования. Я также ознакомлен(а) 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 жевательного аппарата).

Я проинформирован, что последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я проинформирован(а), что:

- в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятии оттисков, корректировки прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи;

- при наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием проявления которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой полости рта;

- при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, нарушение функции речи, жевания, глотания, поломок протезов.

Я предупрежден(а) и согласен(а), что в отдельных случаях может появиться необходимость изготовления нового протеза.

При оказании ортопедической помощи мне гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил сан.эпид. режима.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача, поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, обговоренному с доктором.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергических реакциях в прошлом и в настоящее время.

Я извещен(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты. Я информирован(а) о том, что не реже одного раза в 6 месяцев мне необходимо пройти контрольный осмотр у врача стоматолога и не реже одного раза в 3 месяца пройти гигиенические процедуры у гигиениста, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов (например для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.д.).

Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) полные и понятные мне ответы на них.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской процедуры в соответствии с ним.

Я подтверждаю, что после всех разъяснений относительно процедуры, понимаю все возможные последствия, и согласна на проведение вышеуказанной стоматологической процедуры.

 Дата «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. ◦

 Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка )

Я, врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_проинформировал(а) пациента о порядке проведения процедуры, о противопоказаниях, о возможных негативных последствиях и осложнениях, а также дала рекомендации для пациента, которые необходимо соблюдать после проведенной процедуры.

 Дата «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. ◦

 Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка )

**Информированное добровольное согласие**

**на хирургическое лечение**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(ФИО пациента)

Врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача)

проинформирован(а) о необходимости хирургического лечения следующих зубов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Хирургическое лечение имеет своей целью создание благоприятных условий для выздоровления и (или) реабилитации пациента за счет внедрения в ткани организма. Последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений.

Основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомо-физиологическими особенностями моего организма.

Хирургическое лечение в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области.

При хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти.

Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического или острого процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.), повышение температуры тела, боли в области вмешательства, затруднённое открывание рта, отёк мягких тканей.

Осложнения после удаления нижних «зубов мудрости» (№38,48): альвеолит (воспаление в лунке удалённого зуба); боль и отёчность; ограниченное открывание рта; кровотечение; парестезия (нарушение чувствительности, онемение).

Мне понятно, что послеоперационный восстановительный процесс строго индивидуален и связан с длительностью и характером лечения. Может возникнуть отечность десны или лица в области проведенной операции после хирургического вмешательства, болезненность, которые могут иметь место в течение нескольких дней, в связи с чем, лечащим врачом могут быть назначены к приему лекарственные препараты.

При этом я информирован(а) о других (альтернативных) способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также информирован(а), что в ряде конкретных случаев данный вид хирургического вмешательства является единственным, соответственно альтернативой лечения является только отказ от лечения.

Мне разъяснено, что только во время проведения оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема).

Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен(а) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям. Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом.

Я подтверждаю, что добросовестно и в полном объеме ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

О требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после нее я осведомлен(а), в особенности о том, что после операции необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта.

До меня доведена информация о проведении данного лечения специалистом соответствующей квалификации, с применением им качественных материалов и инструментов, с соблюдением соответствующих методик лечения и соблюдения правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) полные и понятные мне ответы на них.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской процедуры в соответствии с ним.

Я подтверждаю, что после всех разъяснений относительно процедуры, понимаю все возможные последствия, и согласна на проведение вышеуказанной стоматологической процедуры.

 Дата «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. ◦

 Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка )

Я, врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_проинформировал(а) пациента о порядке проведения процедуры, о противопоказаниях, о возможных негативных последствиях и осложнениях, а также дала рекомендации для пациента, которые необходимо соблюдать после проведенной процедуры.

 Дата «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. ◦

 Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка )