

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства
Применение местной инъекционной анестезии в ООО «Дентал Спа», являющееся неотъемлемой частью
договора на предоставление платных медицинских услуг № _____ от _____ г.**

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 моем 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)

Я, _____,

(Фамилия, имя, отчество законного представителя)

являясь законным представителем ребенка:

_____ (Фамилия, имя, отчество ребенка до 15 лет)

проинформирован(а) о необходимости применения местной анестезии:

Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной операции могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости этой области.

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани 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.

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

Со стороны центральной нервной системы : головная боль , нарушение сознания вплоть до его потери , нарушение дыхания вплоть до его остановки, мышечный тремор, непроизвольное подёргивание мышц, иногда переходящие в судороги. Повреждение нерва (вплоть до развития паралича).

Со стороны пищеварительной системы: тошнота, рвота, диарея. Приём пищи возможен только после восстановления чувствительности.

Со стороны сердечно-сосудистой системы: снижение и повышение АД, брадикардия или тахикардия, угнетение сердечно – сосудистой деятельности, что в крайнем проявлении может привести к коллапсу, шоку и остановке сердца, что угрожает жизни пациента. Местноанестезирующее действие усиливает и удлинит сосудосуживающие лекарственные средства.

Аллергические реакции: отёк или воспаление в месте инъекции и других областях – покраснение кожи, зуд, конъюнктивит, ринит, ангионевротический отек различной степени выраженности (включая отек верхней и/или нижней губ, щек, отеком голосовых связок с ощущением "комка в горле" и затруднениями глотания, крапивница, затруднение дыхания.) Любые из этих проявлений могут прогрессировать до анафилактического шока. Так же в анестетиках часто содержатся сульфиты, которые могут усилить острые аллергические реакции, такие как бронхоспазм, анафилактическую реакцию. у пациентов с бронхиальной астмой и повышенной чувствительности к сульфитам.

Местные реакции: отечность или воспаление слизистой оболочки в месте инъекции. Появление зон ишемии в месте введения, вплоть до развития некроза тканей – при случайном внутрисосудистом введении. Травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Влияние на способность к вождению автотранспорта и управлению механизмами: в специальных тестах не было выявлено отчётливого влияния местных анестетиков в стоматологии на концентрацию внимания и быстроту двигательных реакций. Однако, беспокойство перед приёмом и стресс, связанный с вмешательством, могут оказывать влияние на эффективность деятельности. В период лечения необходимо соблюдать осторожность при вождении автотранспорта и занятии др.

потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенной концентрации внимания и быстроты психомоторных реакций.

Беременность и лактация: некоторые анестетики проникают через плацентарный барьер, возможна брадикардия плода. Не имеется достаточного количества клинических наблюдений о применении препарата при беременности и в период лактации. В настоящее время нет сведений по безопасности применения препарата в период беременности в отношении воздействия на развитие плода. Неизвестно выделяется ли анестетик с грудным молоком. Рекомендуется пропустить одно грудное кормление (сцедить и не использовать молоко), заменив его на искусственное.

Местные анестетики могут усиливать и снижать эффективность других препаратов. При некоторых заболеваниях (почечная и печёночная недостаточность, сахарный диабет, артериальная гипертензия, бронхиальная астма, беременность и других состояниях) возможен выбор препаратов для анестезии. Поэтому пациент обязан поставить врача в известность, указав в анкете перечень имеющихся у него заболеваний и названия препаратов, которые он в данное время принимает.

Обезболивание 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 виды медицинских вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения.

Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

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

При проведении местной инъекционной анестезии результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

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

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ЛИЧНО ПРОЧИТАЛ(А) ОБЕ СТРАНИЦЫ ДОКУМЕНТА И ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ СОЗНАТЕЛЬНО ДАЮ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫШЕОГОВОРЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, И ЧТО ВСЕ СВЯЗАННЫЕ С НИМ ОБЪЯСНЕНИЯ БЫЛИ СДЕЛАНЫ.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Подпись представителя: _____ / _____
(подпись представителя ребенка) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись врача) (ФИО)

Дата: « » _____ 20__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение консультации и стоматологического лечения пациентам до 15 лет

(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 законного представителя),
соглашаюсь с тем, что консультацию и/или лечение пациенту
_____ (ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в
родительном падеже)

будет проводить врач-стоматолог _____ и другие врачи
Исполнителя.

В исключительных случаях, например, болезнь врача, клиника оставляет за собой право заменить лечащего врача.

Мне в доступной форме сообщена полная информация о состоянии здоровья пациента, предстоящем лечении, 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. Мне разъяснены альтернативные методы лечения и последствия отказа от лечения.

Я информирован(а) о характере и методах предстоящего вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений, а именно:

Я понимаю, что в ходе выполнения согласованного со мной плана лечения может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций.

Я доверяю врачам принимать необходимые в этих случаях решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения состояния пациента.

Врач разъяснил мне, что невозможно точно предсказать способность десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента. Я понимаю, что бывают случаи неудач, когда зуб приходится удалять в связи с развившимися осложнениями.

Я проинформирован(а) об альтернативных видах и методах лечения и о преимуществах предложенного лечения. Я также ознакомлен(а) с планом предлагаемого терапевтического лечения и действием применяемых лекарственных препаратов, с возможным изменением терапии в случае непереносимости пациентом тех или иных лекарственных препаратов, изменением состояния его здоровья, требующего изменения тактики лечения.

Мне известно, что во время терапевтического лечения могут быть выявлены заболевания или состояния, которые потребуют изменения объема медицинского вмешательства, на что я даю свое добровольное согласие.

Мне было сообщено, что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой производится лечащим врачом при моем согласии. Я понимаю, что всегда имеется риск применения анестезии и такой риск мне был полностью объяснен. Я даю согласие на применение выбранного врачом вида и объема обезболивания.

Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения и отдаленные последствия.

Я понимаю, что гарантийные обязательства на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения всех рекомендаций, данных врачами Исполнителя. Памятка после лечения зубов прочитана и получена. Я проинформирован(а), что эндодонтическое лечение, объемное восстановление зуба после эндодонтического лечения (при отказе от постановки коронки), лечение осложнений кариеса (пульпита, периодонтита), а также проведение зубной имплантации проводятся без гарантии в виду особенностей этих видов стоматологической помощи.

Я согласен(а) на рентгенологические и другие обследования, необходимые для полноценного лечения.

Я подтверждаю, что сообщённая доктору информация об индивидуальных особенностях и состоянии здоровья пациента максимально полная и достоверная. Я осознаю свою ответственность за неполные или искаженные сведения. Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии здоровья пациента.

Вариант 1.

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.

_____ (подпись законного представителя) « _____ »
_____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « _____ »
_____ 20__ г.

Вариант 2.

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

_____ (подпись законного представителя) « _____ »
_____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « _____ »
_____ 20__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

На проведение восстановления зуба(ов) после эндодонтического лечения при отказе от ортопедического лечения (протезирования), являющееся неотъемлемой частью договора на предоставление платных медицинских услуг № _____ от _____ г.

(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 лечение (восстановление зуба(ов), реставрация зуба(зубов), либо другое _____ медицинское вмешательство: _____)

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

будет проводить врач-стоматолог

_____ и другие врачи
Исполнителя.

В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Мне в доступной для меня форме сообщена информация о проведении восстановления зуба(ов) после эндодонтического лечения _____ зуба(ов)
и/или _____

Я понимаю, что после окончания лечения корневых каналов необходимо восстановление зуба(ов). Во многих случаях в процессе эндодонтического лечения, а зачастую и до его проведения в результате недостаточного ухода или несвоевременного лечения, зуб лишается объемов зубных тканей, иногда достаточно значительных. Это может происходить за счет большой старой пломбы, из-за обширного кариеса, поломки части коронки и другим причинам. Зубы в таком состоянии становятся непрочными, не предохраняют каналы от развития воспаления и необходимо решить вопрос адекватного восстановления зубов. Восстановление зубов после эндодонтического лечения осуществляется несколькими способами: пломбирование композитными материалами, пломбирование композитными материалами с помощью штифтов, использование коронок (протезирование). Меня ознакомили с наиболее рациональными планами восстановления зуба(ов), включая протезирование, с возможными альтернативными вариантами лечения и рисками и осложнениями в случае отсутствия лечения. Я принимаю решение не проводить протезирование и прошу врача восстановить зуб(ы) без изготовления коронки(ок). При проведении восстановления зубов, леченных ранее вне клиники, при отказе от перелечивания корневых каналов, клиника не несет ответственности за состояние корневых каналов и развитие осложнений в дальнейшем. В случае появления или обострения воспаления около корня(ей), перелома корня(ей) или коронки(ок), необходимости использования ортопедической конструкции, лечение или удаление зуба(ов), переделка ортопедической конструкции в будущем осуществляется согласно прейскуранту (являются новой платной услугой). После процедуры восстановления зуба(ов) необходима явка на осмотр в течение 2 недель с момента окончания лечения.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих на разные виды стоматологических услуг, включая протезирование. Я понимаю, что выбрав восстановление зуба без проведения подготовки для протезирования и отказавшись от установки коронки(коронок), я лишаюсь гарантии, включая гарантии на проведённое эндодонтическое лечение. Я понимаю, что результат, возможно, не будет соответствовать моим ожиданиям и зависит от клинической картины. Я понимаю, что могу вернуться к полноценному ортопедическому лечению и отказаться от проведения восстановления (реставрации).

Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершённом лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к стоматологической клинике. Я понимаю, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным результатом. Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны различные ситуации, предвидеть которые в момент получения информированного согласия невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью (перенос приема из-за отключения электроэнергии, замена одного доктора другим в случае болезни первого и т.д.). Я также даю право врачам привлекать для моего лечения любых специалистов, в том числе не являющихся работниками медицинской организации.

Возможные негативные последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения:

- прогрессирование заболевания;
 - развитие инфекционных осложнений;
 - появление, либо нарастание болевых ощущений;
 - перелом зуба(ов);
 - разрушение коронковой части зуба(ов)
 - потеря зуба (ов);
 - инфекционное поражение корневых каналов, воспаление корневых каналов и его возможные осложнения, воспаление периодонта с образованием гранулём или кист, в ряде случаев требующее неоднократной лекарственной терапии и, при необходимости, оперативного удаления верхушки корня зуба и стенок кисты;
 - системные проявления, включая нарушения в височнонижнечелюстном суставе и позвоночнике
-

На стоматологическом приёме и после него возможны следующие осложнения:

- под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции;
 - после одонтопрепарирования витального зуба может возникнуть повышенная чувствительность ко всем температурным и химическим раздражителям и развиться пульпит - потребуются лечение каналов зуба (удаление нерва);
 - рецессия участка десны, формирование зубодесневого кармана;
 - разрушение зуба, перелом зуба;
 - атрофия альвеолярного гребня;
 - отёки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен;
 - появление натёртостей при съёмном протезировании;
 - рвотный рефлекс;
 - ухудшение эстетического эффекта из-за отказа установить коронку(ки) или удалять зубы;
 - аллергическая реакция на материалы и препараты;
 - изменение дикции, вкусовых ощущений, а также характера слюноотделения;
 - переломы и сколы зуба(ов);
 - изменение стоимости и(или) сроков лечения;
-

Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен(а) с тем, какие могут возникнуть осложнения:

осложнения в случае отсутствия лечения или невыполнения этапов и сроков рекомендованного плана лечения:

- прогрессирующее зубоальвеолярных деформаций,
 - дальнейшее снижение эффективности жевания,
 - ухудшение эстетики, нарушение функции речи,
 - прогрессирующее заболеваний пародонта,
 - быстрая утрата зубов остаточного прикуса,
 - заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава,
 - общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, неврологическая патология,
-
-

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 осознанно поручаю лечащему врачу и помогающему ему 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.

Необходимые условия для осуществления гарантии и 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.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- ортопантомограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма;
 - консультация стоматолога(ов) и(или) специалистов иного профиля:
-
-

Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Памятка после 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, либо законного
представителя)

Пациент _____ (ФИО пациента, либо законного представителя) « ____ » _____
20__ г.

Врач _____ (_____) « ____ » _____
20__ г.

Вариант 2.

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

_____ (подпись пациента, либо законного
представителя)

Пациент _____ (ФИО пациента, либо законного представителя) « ____ » _____
20__ г.

Врач _____ (_____) « ____ » _____
20__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

**на проведение зубной имплантации, являющееся неотъемлемой частью договора на предоставление
платных медицинских услуг № ____ от _____ г.**

(в соответствии со ст. ст. 20, 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я _____ -
_____ (ФИО).

Я соглашаюсь с тем, что зубную имплантацию, другое медицинское вмешательство будет проводить
врач-

стоматолог _____ -

_____ и другие врачи Исполнителя.

В исключительных случаях, например, болезнь врача, клиника оставляет за собой право заменить лечащего врача.

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.

Мне в доступной форме сообщена информация о предстоящей зубной имплантации в области _____зуба(ов)

Я ознакомлен(а) с планом лечения, его длительностью, стоимостью и сроками.

Я понимаю, что план лечения может быть изменен моим лечащим врачом или отменен в зависимости от ситуации и клинической картины, а также на хирургическом или ортопедическом этапе, о чем меня проинформирует лечащий врач. Я понимаю, что в большом количестве случаев перед имплантацией необходимо проведение костной пластики и/или пластики мягких тканей. Если я отказываюсь от этого этапа врач не сможет гарантировать установку имплантата в соответствии с методическими рекомендациями и/или в оптимальной ортопедической позиции.

До моего сведения доведены альтернативные планы лечения. Я проинформирован(а), что при моем отказе от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения возможны негативные проявления: заболевание кости, атрофия костной ткани, воспаление десны, подвижность зубов и имплантата, что может привести к необходимости их удаления, патология височно-нижнечелюстного сустава, головные боли, иррадиирующие боли в шею и мышцы лица, утомляемость жевательных мышц и др. Я понимаю, что возможны осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, снижение внимания, аллергические реакции. Я понимаю, что возможны последствия приема обезболивающих средств и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Мне сообщены возможные осложнения в ходе и после операции: боль, отек, затрудненное открывание рта, в области углов рта могут образоваться трещины, гематомы тканей челюстно-лицевой области, кровотечения, инфекция, изменение цвета и формы слизистой оболочки полости рта и десны; воспаление десен, онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов, повреждение имеющихся соседних зубов, перелом кости, периимплантит (воспаление костной ткани около имплантата), требующий удаления имплантата, убыль костной ткани в области соседних зубов, убыль костной ткани в случае периимплантита, требующая в некоторых случаях дополнительных сложных операций по ее восстановлению для последующей повторной имплантации. Также описаны редкие случаи перелома имплантатов при установке. Операция имплантации на верхней челюсти может осложниться перфорацией верхнечелюстной пазухи, полости носа, в боковом отделе нижней челюсти – повреждением нижнего альвеолярного нерва, что может потребовать дополнительного лечения. Я понимаю, что необходимо строго следовать указаниям врача, если не смогу лежать неподвижно и буду шевелиться, дергаться или глотать без предупреждения возможно повреждение тканей лица или шеи инструментами, в том числе с последующим образованием рубцов. Иногда могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Возможно, потребуются направление для консультации и лечения в другие медицинские учреждения и в связи с этим точная продолжительность лечения, в том числе и этапов, зависящих от хирургического лечения (например, протезирования) может изменяться.

После проведения хирургического этапа имплантации (вживления имплантата и заживления десны) последует ортопедический этап (установка коронки или протеза в соответствии с планом лечения), который в моих интересах желательно проводить в этой же клинике, т.к. нагрузка на имплантат(ы) может быть рассчитана иначе, что может, привести к негативным последствиям и не достижению положительного результата лечения

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно:

гарантии на приживление имплантата не даются, невозможно предсказать успешность его приживления по причине специфики самой операции, особенностей десен и костной ткани пациента и реакций организма. В случае отторжения имплантата или периимплантита, что потребует его удаления до начала протезирования, у меня есть возможность в течении 6 месяцев переустановить имплантат, оплатить только стоимость имплана **но любая дополнительная операция, например, проведение костной пластики, в случае необходимости, оплачивается согласно прейскуранту.** Также необходимым условием является явка через 3 месяца в ту же медицинскую организацию к тому же врачу, который проводил операцию по имплантации. В случае, если я, в силу разных обстоятельств (командировка, отдых и т.д.), буду проводить диагностику и лечение осложнений в другом медицинском центре, то все эти дополнительные вмешательства вне клиники я буду оплачивать самостоятельно, и клиника мне эту дополнительную потраченную сумму не компенсирует. Гарантийные обязательства на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта. В случае невыполнения этих рекомендаций гарантия не сохраняется.

Мне объяснили гарантии: операция будет проведена строго по протоколу имплантации, с соблюдением всех норм асептики и антисептики. Гарантийные сроки и сроки службы имплантатов после протезирования не устанавливаются, т.к. данные сроки во многом зависят от моего состояния организма, сопутствующих заболеваний (которые есть или могут появиться), а также курения. Мне объяснили, что на данном этапе развития современной медицины нет тестов, по которым можно прогнозировать, предвидеть как данные заболевания отразятся на плотности кости вокруг имплантата и изменениях десны, что в целом и определяет сроки службы имплантатов. При наличии сопутствующей эндокринной патологии возможен риск непроживления имплантов. Я понимаю, что с возрастом и течением времени происходит убыль костной ткани. Я лишаюсь каких-либо гарантий в случаях несоблюдения и невыполнения рекомендаций и назначений доктора, в случаях неявки на контрольные и профилактические осмотры в сроки, установленные врачом, в случаях дальнейшего протезирования на установленных имплантатах вне клиники.

Мне названы и со мной согласованы:

-количество имплантатов, материал, из которого изготовлены имплантаты, производитель имплантатов, технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

-этапы и сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть, вплоть до отказа от имплантации и дальнейшего лечения.

Дополнительно: _____

_____ **Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною** профилактических мероприятий, соблюдение гигиены полости рта, регулярного лечения, в котором я буду нуждаться, визитов в указанные сроки, рекомендаций по режиму труда и отдыха, приема лекарственных препаратов, назначенных врачом, важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, и т.д. Я предупреждён(а), что курение, прием алкоголя и наркотических препаратов может существенно осложнить заживление операционной раны и приживление имплантата, а также привести к отторжению уже «прижившегося» имплантата в любое время. Я понимаю, что, если в случае возникновения осложнений ничего не предпринимать, то последствия могут оказаться тяжёлыми и привести к длительному лечению. Поэтому обязуюсь о любом, особенно негативном, изменении самочувствия немедленно информировать врача и следовать его рекомендациям. Я предупрежден (а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры. Я знаю, что при появлении непонятных мне явлений дискомфорта в полости рта или во всем организме после операции, мне необходимо позвонить врачу в клинику по телефону.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть): ортопантомограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма; консультация стоматолога(ов) и(или) других специалистов:

Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении, о характере предстоящего вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений. Врач внимательно осмотрел меня, собрал информацию о моем здоровье в прошлом и настоящем, разъяснил преимущества, риски и сложности предполагаемого метода лечения, альтернативы данному виду лечения и этапы лечения. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие мне ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских манипуляций может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций. Я осознанно поручаю врачам принимать необходимые решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего состояния. 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 согласен(согласна) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения. Я соглашаюсь на тип и метод анестезии, выбранный врачом.

В стоимость операции не входит стоимость дальнейшего протезирования. 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.

Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Памятка после имплантации 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, либо законного представителя)

Пациент _____ (ФИО пациента, либо законного представителя) « ____ »
_____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « ____ »
_____ 20__ г.

Вариант 2.

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

_____ (подпись пациента, либо законного представителя)

Пациент _____ (ФИО пациента, либо законного представителя) « ____ »
_____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « _____ »
_____ 20__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение хирургического лечения, являющееся неотъемлемой частью договора на предоставление платных медицинских услуг № _____ от _____ г.

(открытый синус-лифтинг, закрытый синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика, другое хирургическое вмешательство)

(в соответствии со ст. ст. 20, 22 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 вмешательство (аугментацию костной ткани, открытый синус-лифтинг, закрытый синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика, другое вмешательство:

_____)

пациенту

_____ (ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительском падеже)

будет проводить врач-стоматолог

(ФИО врача) _____ и другие врачи Исполнителя. В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

1. Мне в доступной форме, разъяснена и понятна информация о сути лечения:

Мне планируется провести операцию увеличения объема кости в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части). Я понимаю суть вмешательства и характер наиболее вероятных осложнений связанных с ним. Хирургия не является точной наукой, все осложнения не могут быть спрогнозированы и перечислены. Кроме того, хирург не может гарантировать 100% наращивания костной ткани в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка, либо его части, равно, как и на нижней челюсти. Операции заключаются в проведении разреза и формирования лоскута (десны), препарирования кости для осуществления доступа к полости пазухи, отслаивании слизистой пазухи, введение биопластических материалов и их фиксация различными методами (остеокодукторы, остеоиндукторы или моя костная ткань), установки барьерной мембраны и ушивании раны. Для забора собственной костной ткани необходимы дополнительные разрезы в полости рта и забор костных блоков или стружки с нижней или верхней челюсти. Имплантаты могут быть установлены одновременно с проведением операции наращивания кости в области пазухи, или альвеолярного отростка нижней челюсти, однако такая возможность существует не всегда и оценивается врачом в процессе операции.

Допустимо уточнение диагноза в процессе лечения. В ряде случаев окончательный диагноз можно установить только в процессе операции.

Объём и сроки плана лечения могут измениться и будут зависеть от индивидуальных особенностей моего организма и клинической картины во время проведения лечения и после лечения.

Возможные последствия на этапах и после лечения, а именно;

под влиянием анестезии, а именно: отёк мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок.

Возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (при их назначении): аллергические реакции, нарушение состава кишечной микрофлоры.

В процессе операции – кровотечение, натяжение уголков рта, трещины в углах рта, нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что может привести к необходимости отказаться от продолжения или выполнения операции.

После операции возможны дискомфорт, отёк, заложенность носа, а также болезненность.

Мне понятно, что не смотря на асептику и антисептику в процессе операции и после нее возможны: инфицирование раны и верхнечелюстной пазухи, болезненность, кровоточивость из раны в полости рта и из носа, гематома мягких тканей, временное или постоянное онемение дёсен, зубов верхней челюсти и нёба, утрата костного материала, экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления, формирование соустья между пазухой и полостью рта, отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем, усугубление патологии ВНЧС при её наличии, развитие воспаления, присоединение инфекции, в том числе гноеродной флоры, образование свища, а также необходимость необходимости в проведении дополнительной операции

2. Я обязуюсь выполнять все рекомендации врача до, и после операции:

Принимать назначенные лекарственные средства.

Не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение срока, определённого врачом.

Не принимать алкоголя и наркотических средств.

Соблюдать гигиену полости рта, а также, являться на профилактический осмотр 1 раз в 1,5 месяца в первые 6 мес. после операции, 1 раз в 3 месяца, в последующие 6 месяцев, 1 раз в год в дальнейшем и в индивидуальные сроки, установленные врачом.

Я предупреждён, что курение препятствует процессам заживления раны, и может вызвать отторжение остеопластического материала, привести к отрицательному результату операции и еще более усугубить первоначальную клиническую ситуацию.

Мне объяснена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

- Гарантийный срок на проведенную операцию по костной пластике не предоставляется. Клиника гарантирует проведение операции квалифицированным специалистом, использование стерильного оборудования и инструментария и материалов, сертифицированных на территории РФ.
- Хирургия не является точной наукой, в настоящей форме информированного согласия не могут быть перечислены все осложнения, которые могут возникнуть при проведении данной процедуры. Кроме того, хирург не может гарантировать 100%

наращивания костной ткани в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части).

- Клиника не несет ответственности за результат операции и снимает гарантии в случае курения пациента, несоблюдения назначений и рекомендаций доктора, неявки на контрольные осмотры, несоблюдения гигиены полости рта и рекомендаций по проведению процедур профессиональной гигиены полости рта, не предоставления (полностью или частично) данных о состоянии здоровья (перенесенные и сопутствующие заболевания).
- При необходимости проведения повторной операции (неудовлетворительный результат операции или отторжение костнопластического материала) оплата производится в полном объеме согласно прейскуранту. Во всех остальных случаях пациент оплачивает только стоимость материалов.

Мне названы и со мной согласованы:

Технологии (методы) и биоматериалы, которые будут использованы при лечении.

Сроки проведения лечения. Стоимость отдельных процедур и лечения в целом. Известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

-ортопантомограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма;

-консультация стоматолога(ов) и(или) специалистов иного профиля:

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.

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 принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.* **Экземпляр договора мною получен.**

Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Памятка после хирургического вмешательства мною прочитана и получена. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

_____ (подпись пациента, либо законного представителя)

Пациент _____ (ФИО пациента, либо законного представителя) « _____ »
_____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « _____ »
_____ 20__ г.

Вариант 2.

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

(подпись пациента, либо законного представителя)

Пациент _____ (ФИО пациента, либо законного представителя) « _____ »
_____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « _____ »
_____ 20__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение ортодонтического лечения, являющееся неотъемлемой частью договора на предоставление платных медицинских услуг № _____ от _____

(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 ортодонтическое лечение (исправление прикуса и неправильно стоящих зубов, другое вмешательство:

_____)

пациенту _____ (ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительском падеже)

будет проводить стоматолог-ортодонт

_____ и другие врачи

Исполнителя.

В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящем лечении. Я проинформирован(а), что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении мной правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба. Я согласен(а) с тем, что врач-ортодонт оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта или развитии осложнений. Деньги за проведенный объем лечения не будут возвращены. (Контроль гигиены полости рта будет осуществляться по индексам гигиены). Я понимаю, что ортодонтическая аппаратура – это инородное тело в полости рта. Привыкание к съемной ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени, в среднем это длится 3 месяца. До начала активного периода лечения врач проводит коррекцию аппаратуры в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта. Денежные средства за съемные ортодонтические аппараты, к которым не произошло привыкания, не будут возвращены.

Мне было сообщено, что привыкание к несъемной ортодонтической технике происходит в течение длительного периода. В это время могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губы и щеки, кровоточивость дёсен и мягких тканей. После периода адаптации все неприятные ощущения, как правило, проходят. Во время лечения с использованием несъемной ортодонтической аппаратуры я должен аккуратно употреблять твердую пищу (для профилактики отклеивания элементов аппаратуры) и отказаться от использования жевательной резинки.

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

Ортодонтическое лечение осуществляется посредством ношения съемных и несъемных ортодонтических аппаратов.

Ортодонтическое лечение с использованием несъемной техники (брекет-системы, аппарата Гербста) предполагает размещение ортодонтической конструкции во рту пациента в течение всего курса лечения с фиксацией элементов ортодонтического аппарата к зубам; длительность ортодонтического лечения с использованием несъемных аппаратов составляет от 6 месяцев до 2 лет и более в зависимости от сложности ортодонтической патологии, возраста пациента, состояния пародонта, вида ортодонтического аппарата.

Ортодонтическое лечение с применением брекет-систем осуществляется посредством ношения на внешней или внутренней стороне каждого зуба изготовленных для конкретного зуба брекетов - замковых элементов (замочков) ромбовидной формы с прорезью (пазом) для прохождения ферромагнитной ортодонтической дуги. Дуга, изготавливаемая из материала, обладающего «памятью» на запрограммированную правильную форму челюсти, вследствие непрерывного давления на «неправильный зуб» и окружающие ткани препятствует их возвращению в первоначальное положение, что обуславливает выравнивание зубных рядов.

Брекеты специальным материалом наклеиваются на фронтальную, либо на лингвальную (язычную) поверхность зубов. Прикладываемое к зубам усилие регулируется путем смены ферромагнитной дуги (чем толще сечение дуги, тем больше усилие).

Брекеты изготавливаются из нержавеющей стали, титана, монокристалла, композита, керамики, специального стекловолокна, золота, искусственного сапфира, имеющих строго определённые показатели твёрдости, гибкости и пластичности. Преимуществом использования ортодонтической конструкции из металлических брекетов является устойчивость аппарата к механическим повреждениям. Сапфировые брекеты характеризуются высокой прочностью и хорошими эстетическими свойствами, являясь самыми прозрачными брекетами, изготавливаются из материала, не изменяющего цвет в процессе лечения, обеспечивающего низкую степень трения и облегчающего перемещение зубов в период лечения.

Подушка брекета (основание брекета) выполняется из металлической фольги и сетки, обеспечивающих его устойчивое соединение - высокую степень адгезии (слипания поверхностей) с эмалью зуба, защищающих от повреждения эмаль зуба при удалении брекета.

Преимуществами ортодонтического лечения с использованием брекет-систем являются возможность исправления прикуса в любом возрасте, возможность точечного воздействия на зуб и перемещения зубов в 3-х плоскостях, отсутствие негативного влияния ортодонтической конструкции на речь и еду, ускорение процесса лечения, постоянный врачебный контроль. Оказываемое в процессе ортодонтического лечения воздействие брекет-системы на зубной ряд основано на применении технологии активного лигирования или пассивного самолигирования. При активном лигировании в брекет-систем ах дуги плотно фиксируются (лигируются) в брекетах при помощи лигатур или других приспособлений.

Технология пассивного самолигирования основана на свободном (пассивном) скольжении дуги в пазах брекета, благодаря тому, что брекеты закрываются крышками и самостоятельно удерживают (лигируют) дугу. Дуга стимулирует процесс перемещения и окончательную установку зубов в правильном положении.

При использовании технологии пассивного самолигирования перемещение зубов происходит физиологично посредством задействования в процессе мышц челюстно-лицевого комплекса, что

способствует формированию физиологической окклюзии. Очень низкое трение дуги в пазах брекетов обеспечивают возможность применения слабых сил для перемещения зубов на всех этапах ортодонтического лечения. Силы, развиваемые при применении систем пассивного самолигирования, достаточны для стимуляции клеточной активности, не нарушают кровоснабжения периодонта.

Преимуществами использования брекет-систем с технологией пассивного самолигирования является возможность расширения выбора при планировании лечения, посредством сокращения показаний к удалению зубов; упрощение механики лечения ввиду отсутствия эффекта вестибулярного отклонения резцов, снижения показаний к быстрому небному расширению; низкое трение дуги в пазах брекетов, обуславливающее возможность применения слабых сил для перемещения зубов на всех этапах ортодонтического лечения; отсутствие нарушений кровоснабжения периодонта, уменьшение дискомфорта и болезненных ощущений во время лечения в связи с применением слабых сил; сокращение сроков лечения.

(средняя продолжительность лечения с применением брекет-систем с пассивным самолигированием составляет 14-18 месяцев); снижение числа посещений врача- ортодонта и увеличение интервалов между визитами (в процессе ортодонтического лечения в среднем необходимо от 7 до 10 посещений с периодичностью 1 раз в 8-ю недель); стабильность эффективного положительного эстетического результата лечения за счет перестройки костной ткани

Кроме того, отсутствие лигатур позволяет поддерживать качество гигиенического ухода за полостью рта в процессе лечения, что снижает риск возникновения кариеса.

При применении брекет-системы, основанной на расположении брекетов на передней поверхности зубов (вестибулярная брекет-система), элементы ортодонтического аппарата заметны при улыбке. Использование внешне незаметных ортодонтических конструкций, фиксируемых на внутренней поверхности зубов, возможно при ношении лингвальных брекетов (лингвальных систем). В отличие от вестибулярной брекет-системы лингвальные брекететы располагаются на внутренней поверхности зубов; их использование является самым эстетичным методом исправления прикуса.

Лингвальные брекететы не могут быть зафиксированы в полости рта пациента как наружные, из-за рельефности внутренней поверхности зуба, в связи с чем лингвальная система фиксируется на внутренней (лингвальной) стороне зубов методом непрямой фиксации при помощи специального параллелометра: сначала брекететы фиксируются на гипсовых моделях зубов пациента с учетом индивидуальных особенностей внутренней поверхности зубов, затем изготавливаются переносные капшы, с помощью которых брекететы закрепляются в полости рта пациента.

Лингвальные брекететы отличаются миниатюрными размерами, не нарушают речь, подходят для лечения патологий, имеющих компонент глубокого прикуса. Расположение брекетов ближе к коронке зуба облегчает чистку зубов, снижает риск возникновения гингивита (воспаления десны). Вследствие воздействия слабых сил на протяжении всего периода лечения и низкого трения значительно уменьшаются болевые ощущения, связанные с перемещением зубов, обеспечивается более эффективное и физиологичное перемещение зубов, сокращающее сроки лечения. Преимуществами лингвальной брекет-системы также является отсутствие грибковых и вирусных поражений между премолярами и молярами. Набор брекетов и дуг изготавливается в лаборатории на основании индивидуальных слепков зубных рядов. Основания брекетов повторяют лингвальную поверхность зубов, в связи с чем брекететы становятся более плоскими и миниатюрными. Ортодонтические дуги также настраиваются индивидуально.

Преимуществами использования индивидуально изготовленных лингвальных брекет-систем, обеспечиваемыми за счет индивидуального дизайна брекетов, является значительное сокращение сроков лечения (в два раза), обеспечение достижения заранее определенного оптимального положения зубов, повышение комфорта лечения, более быстрое привыкание к ортодонтической конструкции.

Успех и ожидаемый положительный эффект ортодонтического лечения зависит от качества санации полости рта (зубов и слизистой оболочки) до начала лечения, а также от строгого соблюдения Пациентом рекомендаций лечащего врача-ортодонта, а именно: своевременных и регулярных осмотров у врача-ортодонта как в процессе активного периода лечения, так и после него (в период пользования ретенционным аппаратом), тщательного соблюдения гигиены полости рта; невыполнение указанных требований может привести к снижению качества стоматологических услуг, удлинению сроков ортодонтического лечения, возникновению возможных нежелательных побочных или сопутствующих эффектов ортодонтической услуги, обусловить невозможность абсолютного или длительного достижения ожидаемого положительного эффекта ортодонтического лечения.

В ходе лечения может потребоваться изменение плана и объема лечения, обусловленное индивидуальной реакцией организма на медицинское вмешательство, в том числе удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти по рекомендации лечащего врача-ортодонта, данной до начала ортодонтического лечения.

Использование съемных ортодонтических аппаратов возможно для лечения ортодонтической патологии у детей от трех до десяти лет, в связи с тем, что после окончания периода активного роста, соответствующего полной замене молочных зубов постоянными, лечение съемными аппаратами становится неэффективным.

Съемный ортодонтический аппарат представляет пластмассовую пластину, прочно фиксируемую на зубах пациента, оснащенную элементами, позволяющими исправить прикус и устранить имеющиеся дефекты зубных рядов. Съемные пластмассовые пластины для верхней или нижней челюстей изготавливаются в зуботехнической лаборатории на основе индивидуальных слепков зубных рядов пациента. Во время еды и чистки зубов пластина снимается; при этом

использование аппарата в течение суток должно осуществляться в течение не менее 18-20 часов. Для ортодонтического лечения применяются съемные одночелюстные и двучелюстные аппараты, при этом последние являются наиболее эффективными, поскольку носят одновременно на верхней и нижней челюсти. Двучелюстные аппараты влияют на рост и развитие челюсти, применяются в период активного роста челюстей. Действие аппарата основано на воздействии в зонах роста челюстей, изменении конфигурации альвеолярных отростков (костной ткани, в которой располагаются корни зубов), изменении положения зубов. Одночелюстные аппараты представляют собой пластиночные аппараты для верхней или нижней челюсти, применяемые для расширения верхнего зубного ряда, выведения зубов в правильную позицию, и подлежат ношению в течение суток.

Съемная ортодонтическая аппаратура нуждается в периодической активации: двучелюстные аппараты активируются один раз в 1,5-3 месяца, одночелюстные аппараты подлежат активации в зависимости от имеющейся ортодонтической патологии.

Ортодонтическое лечение с применением съемных ортодонтических аппаратов осуществляется посредством ношения аппарата Френкеля, твин-блоков, предназначенных для коррекции функциональных проблем, модификации роста и изменения соотношения челюстей. Аппарат Френкеля является съемной ортодонтической конструкцией для постоянного ношения с целью исправления прикуса у детей 4-7 лет, создания условий для максимального развития зубной дуги и необходимого скелетного соотношения челюстей. При лечении дистального прикуса показано применение твин-блоков, представляющих собой пластинки на верхнюю и нижнюю челюсть с наклонными плоскостями в боковых сегментах, фиксирующих нижнюю челюсть в переднем положении. Соединение пластин при закрывании рта возможно только при определенном положении нижней челюсти. Аппарат применяется на первом этапе ортодонтического лечения, позволяя исправить патологию прикуса без удаления премоляров. При проведении лечения ортодонтической патологии у детей в период временного и сменного прикуса, при ранней потере молочных зубов возможно ношение профилактических протезов с целью предупреждения деформации зубных рядов, стимулирования роста челюсти и прорезывания постоянных зубов.

Для профилактики и коррекции деформаций зубного ряда в случаях с инфантильным глотанием, закусыванием и сосанием губ, санием пальцев при возрасте пациента от 1,5 до 5 лет также возможно использование пластинок Хинца.

Кроме того, при лечении ортодонтической патологии у детей также возможно использование готового съемного ортопедического аппарата - преортодонтического (миофункционального) трейнера, представляющего собой эластичную силиконовую капу универсального размера, предназначенную для ночного ношения с целью предупреждения ортодонтических нарушений, в том числе направления в правильное положение постоянных зубов при их прорезывании, коррекции функции языка, губ, исправления ротового дыхания и коррекции развивающихся аномалий прикуса и окклюзии. Ортодонтическое лечение при этом проводится в два этапа с первоначальным использованием гибкого трейнера и последующим ношением жесткого аппарата.

Заключительным этапом ортодонтического лечения после окончания активного периода лечения является ретенционный период; при этом необходимо ношение одночелюстного или двучелюстного ретенционного аппарата (съемного/несъемного) в течение срока, необходимого для закрепления результатов ортодонтического лечения. В качестве ретенционного аппарата возможно использование собственно ортодонтического аппарата, а также возможно изготовление специального ретенционного аппарата. В некоторых случаях в ретенционном периоде ношение аппарата может быть заменено протезированием мостовидными протезами. Несъемный ретенционный аппарат представляет собой ортодонтическую проволоку, фиксируемую с помощью цемента или композитов на небной или язычной поверхности зубов, как правило, нижней челюсти. Съемные одночелюстные ретенционные аппараты представляют собой ортодонтические пластинки с кламмерами и вестибулярными (расположенными на передней поверхности зубов) металлическими или прозрачными дугами. Для ношения в ночное время используются съемные двучелюстные ретенционные аппараты. При проведении ортодонтического лечения возможно комбинирование нескольких (одночелюстных и двучелюстных) ретенционных аппаратов.

Длительность ретенционного периода индивидуальна и зависит от возраста Пациента, состояния пародонта, индивидуальных особенностей перемещения зубов в процессе ортодонтического лечения, сложности и степени выраженности исходной патологии, плана лечения (с удалением или без удаления отдельных зубов), сроков активного периода лечения, наличия у пациента общесоматических заболеваний, наличия неустраненных функциональных нарушений, конструктивных особенностей используемого аппарата, в связи с чем наличие гарантийных обязательств Исполнитель и установление гарантийных сроков по данному виду лечения невозможно.

Достижение ожидаемого положительного эффекта ортодонтического лечения в виде сохранения ровных зубных рядов возможно только после ношения ретенционного аппарата. Отказ от ношения ретенционного аппарата, а также его неправильное использование могут обусловить рецидив имевшейся у пациента аномалии (деформацию и ротацию отдельных зубов и зубных рядов, появление скученности зубов, деформации прикуса), снижение качества стоматологических услуг, удлинение сроков ортодонтического лечения.

В период ортодонтического лечения необходимо регулярное посещение врача-ортодонта с целью контроля за проведением ортодонтического лечения, активации ортодонтического аппарата, последовательного изменения положения зубов. В случае отказа от врачебного

контроля, несоблюдения врачебных рекомендаций возможно длительное или абсолютное недостижение положительного результата ортодонтического лечения.

В период ортодонтического лечения также необходимо тщательное соблюдение гигиены полости рта вследствие того, что любая ортодонтическая аппаратура, прежде всего несъемная, затрудняет проведение индивидуальных гигиенических процедур, препятствуя самоочищению полости рта. Проведение гигиенических процедур (чистки зубов) с применением лечебно-профилактических фторсодержащих зубных паст, ополаскивателей, специальных зубных щеток с V-образным вырезом на щетине или ершика, флоссов, ирригаторов необходимо после каждого приема пищи. Кроме ежедневной гигиены, раз в несколько месяцев необходимо проводить профессиональную чистку полости рта в кабинете у стоматолога, а также регулярно посещать врача-гигиениста. Несоблюдение указанных рекомендаций может повлечь нежелательные побочные последствия, выражающиеся в деминерализации эмали зубов, развитии кариозного процесса на участках фиксации ортодонтических конструкций, а также развитии гипертрофического гингивита (воспалительного процесса в области десен), сопровождающихся кровоточивостью, болезненностью, припухлостью десен. В период ретенционного лечения уровень гигиены, адекватный имевшему место в период активного лечения, должен сохраняться. Кроме того, в период ортодонтического лечения необходимо осуществлять тщательный уход за ортодонтической аппаратурой, заключающийся в чистке аппаратов специальной зубной щеткой без пасты 2 раза в сутки во время гигиены полости рта. С целью ухода за съёмными ортодонтическими аппаратами возможно использование быстрорастворимых таблеток, предназначенных для замачивания съёмных конструкций. Хранить съёмные аппараты необходимо в сухом виде в жестких контейнерах.

В ходе ортодонтического лечения возможно развитие следующих осложнений, не являющихся дефектами качества медицинской услуги, а именно: возникновение аллергических реакций на компоненты ортодонтической аппаратуры, появление очагов деминерализации эмали и развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба и вне его, что может потребовать дополнительного стоматологического лечения, появление болевых ощущений, дискомфорта в области верхней и нижней челюсти при пережёвывании и откусывании пищи, повышение подвижности зубов вследствие необходимости их перемещения, достигаемого за счет перестройки кости в процессе ортодонтического лечения, обострение заболеваний пародонта, обусловленных скрытыми очагами инфекции, развитие воспалительных процессов в области десен (гингивита), сопровождающихся кровоточивостью, болезненностью, припухлостью десен, травмирование слизистой оболочки полости рта, деформация отдельных зубов или зубных рядов после снятия ортодонтического аппарата, резорбция (рассасывание) корней зуба вследствие значительного перемещения зубов в процессе ортодонтического лечения; использование съёмной ортодонтической аппаратуры может сопровождаться образованием двойного прикуса, что может обусловить нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава при этом указанных осложнений можно избежать при выполнении рекомендаций лечащего врача; кроме того, при обострении заболеваний пародонта, ортодонтическом лечении депульпированных зубов с хроническими очагами инфекции возможно обострение воспалительного процесса, что может потребовать эндодонтического лечения, при неэффективности которого возможно удаление зуба. Также в процессе лечения может возникнуть необходимость совместного лечения у врача-ортодонта и врача-пародонтолога.

Ортодонтическая аппаратура является инородным телом в полости рта, привыкание к которому требует терпения и времени; в первые несколько дней после фиксации ортодонтического аппарата, смены дуг, а также в период ношения ортодонтических конструкций может возникать дискомфорт, болезненность при разговоре, еде, проведении гигиенических процедур полости рта, натирание слизистой оболочки губы и щеки и т.д.; в период ношения ортодонтических конструкций также могут возникнуть повышенное слюноотделение, измениться дикция, вкусовые ощущения при приеме пищи; в этом случае с целью облегчения процесса адаптации к ортодонтическому аппарату возможно использование защитного воска. Денежные средства, уплаченные за конструкцию, к ношению которой Пациент не может привыкнуть, возвращены не будут вследствие невозможности Исполнителя предвидеть это обстоятельство.

С целью предупреждения поломки ортодонтического аппарата, достижения положительного эффекта в процессе ортодонтического лечения также рекомендован отказ от приема в пищу продуктов питания, повышающих риск возникновения кариеса, заболевания десен и способствующих нарушению фиксации ортодонтической конструкции, в том числе употребление очень горячих, очень холодных и кислых продуктов, ирисок, жевательной резинки, вафель, чипсов, халвы, орехов, сушек, сухарей и иных твердых (жестких) продуктов

При этом употребление в пищу твердых овощей и фруктов (морковь, яблоки), иных продуктов, требующих нагрузки при откусывании, должно исключать их откусывание (перед употреблением продукты необходимо резать на кусочки, которые следует пережевывать боковыми зубами).

В случае выявления скрытого дефекта, перелома, поломки, появления трещин в пластмассовых или металлических деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, требующих, в том числе приварки новых элементов, замены утерянных и (или) отклеившихся брекетов, возникших при отсутствии вины пациента, исправление недостатков ортодонтической аппаратуры, ее замена осуществляются за счет Исполнителя. Перелом, поломка, трещины в пластмассовых или металлических деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, требующие, в том числе приварки новых элементов, замены утерянных и (или) отклеившихся брекетов, возникшие в процессе ортодонтического лечения, а также изготовление нового ретенционного аппарата в случае его поломки, возникшие по вине пациента, не относятся к гарантийным случаям и оплачиваются Заказчиком по договору отдельно.

Допустимо уточнения диагноза в процессе лечения. Мне разъяснён рекомендованный план лечения и подготовка к нему. Поскольку невозможно точно предсказать изменения клинической картины, а также аккуратность в выполнении мною рекомендаций и намеченного плана технологии лечения, его стоимость и сроки могут измениться в процессе лечения. Успех лечения во многом зависит и от индивидуальных особенностей моего организма (особенности роста и развития зубочелюстной системы в детском и подростковом возрасте). Я понимаю, что возможны негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения. Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в сроки, указанные мне лечащим врачом. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества и удлинению сроков ортодонтического лечения. Успех и ожидаемый положительный эффект ортодонтического лечения зависит от качества санации полости рта (зубов и слизистой оболочки) до начала лечения, а также от строгого соблюдения Пациентом рекомендаций лечащего врача-ортодонта, а именно: своевременных и регулярных осмотров у врача-ортодонта как в процессе активного периода лечения, так и после него (в период пользования ретенционным аппаратом), тщательного соблюдения гигиены полости рта; невыполнение указанных требований может привести к снижению качества стоматологических услуг, удлинению сроков ортодонтического лечения, возникновению возможных нежелательных побочных или сопутствующих эффектов ортодонтической услуги, обусловить невозможность абсолютного или длительного достижения ожидаемого положительного эффекта ортодонтического лечения.

Возможные альтернативные варианты лечения:

Я проинформирован(а) о возможных осложнениях на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, не зависящих от врача:

- Изменение состояния эмали зубов (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов), повреждение эмали;
- Возможное обострение заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я понимаю необходимость проведения комплексного лечения у врача-пародонтолога и использовать рекомендованные зубные щётки, ёршики, ирригатор, а также лекарственные средства. Я предупрежден(а), что при ортодонтическом лечении возможно обострение заболевания периодонта, обусловленное скрытыми очагами инфекции (хронический периодонтит);
- Избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций – вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта;
- Невозможность перемещения зуба – вследствие горизонтального расположения зуба в кости или сращения корня зуба с окружающей тканью;
- Усиление опускания десны – вследствие начальных признаков этого процесса до начала лечения;
- Рассасывание верхушек корней – вследствие гормональных нарушений, неконтролируемого использования ортодонтического аппарата;
- Нарушение речевой функции – временно, на период ортодонтического лечения;
- Поломка ортодонтической аппаратуры (например, керамической брекет-системы) и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт – вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съёмного аппарата в бассейне и др.);
- Частичная или полная потеря достигнутого результата – вследствие несоблюдения требований к закрепляющему периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача (например, удалить зачатки зубов «мудрости»), несвоевременного обращения к врачу, в том числе, при поломке аппарата;

Мне известно, что для нормализации прикуса возможно потребуется удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач сообщает до начала ортодонтического лечения.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Я осведомлен, что перелом, трещина в пластмассовых или металлических частях ортодонтического аппарата, а также введение дополнительных элементов в аппарат не относится к гарантийным случаям и должны быть оплачены отдельно. Поврежденные или утерянные мною части ортодонтического аппарата заменяются на новые, при этом их стоимость и фиксация оплачиваются отдельно.

Мне сообщена вся интересующая меня информация и со мной согласованы:

- Методы и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- Сроки проведения лечения. Мне сообщено и понятно, что названные сроки лечения являются ориентировочными. Конечные сроки лечения могут быть как больше – так и меньше и зависят от многих факторов, таких как точность и своевременность выполнения

мною плана лечения и всех рекомендаций лечащего врача, выполнения графика посещений врача в процессе лечения, возникновения различных осложнений в процессе лечения, особенности роста и развития зубочелюстной системы у детей и подростков и пр.;

- 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. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом. Памятка по ортодонтическому лечению мною прочитана и получена.

Я согласен(а) после окончания активного периода лечения носить ретенционный аппарат в течение всего периода, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиваться рецидив патологии прикуса. Я знаю, что контроль за ношением аппарата будет осуществлять врач-ортодонт. (Контроль осуществляется по качеству фиксации ретенционного аппарата в полости рта).

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

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.

Вариант 1.

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.

_____ (подпись пациента, либо законного
представителя)

Пациент _____ (ФИО пациента, либо законного представителя) « _____ »
_____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « _____ »
_____ 20__ г.

Вариант 2.

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

_____ (подпись пациента, либо законного
представителя)

Пациент _____ (ФИО пациента, либо законного представителя) « _____ »
_____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « _____ »
_____ 20__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

**на осмотр и консультацию врача-стоматолога, являющееся неотъемлемой частью договора
на предоставление платных медицинских услуг № _____ от _____ г.**

(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 медицинское
вмешательство (осмотр, сбор анамнеза, диагностику и т.д., другое вмешательство:

_____)

пациенту _____
_____ (ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительском падеже)

будет проводить врач-стоматолог

_____ и
другие врачи Исполнителя.

В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника
может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящем медицинском
вмешательстве. Я предоставляю имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии
моего здоровья и соглашаюсь на проведение осмотра, фото и видеофиксацию состояния
полости рта, манипуляции и исследования, включая рентгенологические, для получения
максимально полной картины состояния зубочелюстной системы, диагностики и назначения
нескольких вариантов лечения, для возможности врача согласовать их со мной.

Я понимаю, что для проведения комплексного стоматологического лечения пациенту рекомендовано:

- рентгенологическое обследование – ортопантомограмма, компьютерная томограмма, телерентгенограмма.
- Проведение проф. гигиены полости рта.
- Получить консультацию: терапевта, имплантолога, парадонтолога, ортодонта, хирурга

Я в доступной и понятной мне форме проинформирован(а) врачом о результатах предварительного осмотра, получил(а) сведения о результатах диагностического исследования, наличии заболеваний, диагнозе и прогнозе, обоснование необходимости лечения, методах лечения, связанных с вмешательством рисках.

Мне сообщено о выявленной сопутствующей патологии:

Я информирован(а) о предполагаемом плане лечения, существующих методиках лечения, используемых лекарственных средствах; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы.

Я осведомлен(а), что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения назначенного первоначально лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также необходимость назначения дополнительных исследований и процедур, которые мне будет необходимо пройти в процессе лечения.

Мной получены и мне понятны рекомендации врача в период амбулаторного лечения о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого клиника не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и к клинике.

Мне разъяснено, кроме того, что лечебные процедуры могут быть прерваны врачом или отменены из-за их неадекватной плохой переносимости моим организмом, из-за недостаточной подготовленности организма к этим процедурам или при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам врачом могут быть заменены лекарственные средства.

При оказании стоматологической помощи гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

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

Я соглашаюсь на анестезию при лечении. Выбор метода и препаратов предоставляю врачу-стоматологу. Возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, последующее затруднённое открывание рта, аллергические реакции.

При интенсивных болевых реакциях или воспалительных процессах на корнях зубов или в дёснах возможно назначение анальгетиков и/или антибиотиков. Возможные последствия приема анальгетиков и/или антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

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

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:

- ортопантомограмма, прицельный пленочный снимок, компьютерная томограмма;
- консультация стоматолога(ов) и/или специалистов иного профиля:

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

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

Необходимые условия для достижения положительного результата лечения:

- точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача,
- последовательное выполнение пациентом **всех рекомендаций, а также этапов и сроков** стоматологического лечения, рекомендованных врачом,
- соблюдение рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта.

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.

Вариант 1.

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.

(подпись пациента, либо законного представителя)

Пациент _____ (ФИО пациента, либо законного представителя) « ____ »
_____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « ____ »
_____ 20__ г.

Вариант 2.

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

(подпись пациента, либо законного представителя)

Пациент _____ (ФИО пациента, либо законного представителя) « ____ »
_____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « ____ »
_____ 20__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение пародонтологического лечения, являющееся неотъемлемой частью договора на предоставление платных медицинских услуг № _____ от _____ г.

(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 лечение

пациенту _____ (ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительском падеже)

будет проводить врач-стоматолог

_____ и другие врачи

Исполнителя.

В исключительных случаях, например, болезнь врача, клиника оставляет за собой право заменить лечащего врача.

Мне в доступной форме сообщена 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.

Пародонтологическое лечение проводится с целью устранения очагов инфекции в полости рта, уменьшения воспаления тканей пародонта, снижения подвижности зубов, улучшения эстетики, для подготовки к следующим этапам стоматологического лечения, а также оздоровления полости рта и всего организма. Суть пародонтологического лечения заключается в комплексном лечебном воздействии на ткани пародонта с применением консервативных методов (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, закрытый кюретаж зубодесневых карманов), хирургических методов (открытый кюретаж зубодесневых карманов - лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны), ортодонтических, ортопедических методов (шинирование, протезирование), а также аппаратных методов (Vector, Vector Para).

Альтернативой пародонтологического лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения.

Хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она не может иметь стопроцентной гарантии успеха. 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 предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

При оказании пародонтологической помощи результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением правил санитарно-эпидемиологического режима.

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

Возможные негативные последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения при пародонтологическом лечении и после него:

- под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции;

- отёк, гиперемия, болевые ощущения, зуд, повышение температуры;
- индивидуальная непереносимость назначенных медикаментозных средств;
- при приеме анальгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения): аллергические реакции, изменения витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
- обострение заболеваний тканей пародонта вследствие неудовлетворительного гигиенического ухода за полостью рта;
- появление или увеличение подвижности зубов;
- нарушение прикуса;
- обнажение корня зуба;
- появление промежутков между зубами;
- непрогнозируемый переход процесса из локализованной формы в генерализованную;
- возможное появление повышенной чувствительности зубов к различным раздражителям.

другие осложнения:

- прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, потеря, удаление зубов;
- дальнейшее снижение эффективности жевания,
- ухудшение эстетики, нарушение функции речи,
- прогрессирование заболеваний пародонта,
- быстрая утрата зубов остаточного прикуса,
- заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава,
- инфекционные заболевания, гнойные осложнения,
- общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, неврологическая патология

Возможные исходы пародонтологического лечения:

- улучшение клинической ситуации в полости рта;
 - стойкая ремиссия заболевания(заболеваний) ротовой полости;
 - кратковременный положительный результат лечения;
 - отсутствие эффекта лечения
-

Эффективность лечения либо отсутствие эффекта непосредственно связаны с первоначальной клинической ситуацией (до начала лечения), общим состоянием организма пациента, работой иммунной системы.

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 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 понимаю, что несу 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.

Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Памятка после 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, либо законного представителя)

Пациент _____ (ФИО пациента, либо законного представителя) « ____ »
_____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « ____ »
_____ 20__ г.

Вариант 2.

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

_____ (подпись пациента, либо законного представителя)

Пациент _____ (ФИО пациента, либо законного представителя) « ____ »
_____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « ____ »
_____ 20__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:

на преортодонтическое лечение миофункциональными аппаратами, являющееся неотъемлемой частью договора на предоставление платных медицинских услуг № _____ от _____ г.

Я _____
(ФИО, пациента, либо законного представителя), соглашаюсь с медицинским вмешательством:
пациенту _____

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач-стоматолог -

_____ / или другой специалист, работающий вместе с ним.

Согласно проведенным диагностическим исследованиям, я информирован(а) и понимаю цели и задачи данного стоматологического лечения. Мне разъяснены все этапы лечения, дана полная информация по каждому параметру исследования (ТРГ, компьютерная томограмма, диагностические модели, электромиография, гнатография, сонография). Я полностью понимаю всю информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение медицинского вмешательства. Мне разъяснена цель данного лечения, которое может иметь несколько этапов. Я понимаю, что целью данного лечения будет фиксация оптимального соотношения челюстей, восстановление вертикальных пропорций лица и создание условий для физиологического формирования размеров челюсти, структурных тканей височно-нижнечелюстных суставов (диска, связок, хряща, головок и ветвей нижней челюсти), восстановить функциональную рабочую длину мышц. Я полностью осознаю, что процесс лечения длительный и может занять от одного года до трех лет, его продолжительность будет зависеть от возраста пациента и его особенностей организма, от моего общего состояния организма, положения шейных, грудных и поясничных позвонков, от индивидуальных особенностей, работы эндокринной системы и реактивности тканей организма. Мне понятна информация, что человеческое тело является закрытой кинетической системой и любые изменения ведут к линейным изменениям всего тела.

Я понимаю, что прикус и положение головы влияет на всю осанку, а также стопы, кости таза и грудного отдела влияют на прикус и положение головы и работу височно-нижнечелюстных суставов. Мне полностью понятна информация, что кости черепа диктуют положение суставных головок нижней челюсти и успех лечения зависит от черепного баланса. Если имеются травматические поражения черепных костей со смещением верхней челюсти, височных или других костей, и как следствие,

нарушение работы, височно-нижнечелюстных суставов со смещением суставных дисков, а так же разрывов внутрисуставных связок, то лечение может иметь сомнительный прогноз и может потребоваться хирургическое вмешательство. Я проинформирован(а) и понимаю, что одним из этапов лечения может быть коррекция положения верхней челюсти и ее зубного ряда. Развитие в сагитальной или поперечной плоскостях, а также создание дополнительного объема для зубов нижней челюсти, нормализации положения языка, восстановление нормального тонуса мышц лица и глотки и восстановление дыхания. Часто требуется проведение коррекции положения отдельных зубов. Иногда при стертых зубных поверхностях требуется моделирование формы зубов для контроля вертикальной высоты окклюзии. Все этапы моего плана лечения мне разъяснены и понятны. Я проинформирован(а), что на отдельных этапах лечения могут потребоваться дополнительные исследования (МРТ, КТ, ТРГ, анализ моделей в артикуляторе). Мне понятен план лечения, который является предварительным, так как после каждого этапа лечения возможна его корректировка, как в сторону повышения, так и снижения стоимости. Я это понимаю, потому что, это зависит от состояния моего здоровья и особенностей организма. Мне показаны и понятны аппараты для коррекции положения и размеров челюстей, лечения челюстных суставов (Бионатор, Твин блок, пластины для развития в сагитальном и поперечном направлении верхней и нижней челюстей.) Я информирован(а) и согласен(а) выполнять врачебные назначения. Я знаю, что я должен(а) быть готов(а) к дискомфорту при ношении аппаратов, особенно в первый месяц, возможным болевым ощущениям от температурных раздражителей и при надавливании на зубы, а также возможно появление эрозивных поверхностей на слизистой оболочке губ, щек, десны. Возможно в первый месяц ношения аппаратов легкая дизлексия, которая проходит по мере привыкания мышц языка и щек к новому положению челюстей. Возможна отечность слизистой оболочки и мягких тканей лица, оголения корней зубов на границе с внутриротовым аппаратом. В некоторых случаях возможно изменение конфигурации мягких тканей лица, при ношении аппаратов появление щелей между зубами и легкая подвижность зубов. Во время активации аппаратов возможны эпизоды головной боли или напряжения мышц лица и челюстных суставов, чувство сжатия зубов. Все дискомфортные явления проходят по мере привыкания мышц. Я должен(а) сообщить лечащему врачу о беспокоящих меня симптомах и провести мероприятие по минимизации дискомфорта. Я проинформирован(а) и понимаю, что в случае если я отношусь к пациентам, которые страдают бруксизмом и не могут контролировать сильное сжатие челюстей (в том числе бессознательно, во сне) – у меня возможны сколы аппаратов. Я информирован(а) и понимаю, что *для сохранения функции и достижения длительности терапевтического эффекта и профилактики ухудшения состояния мне необходимо:*

- тщательно соблюдать индивидуальную гигиену полости рта, чистить зубы 2 раза в день после приема пищи (после завтрака и после ужина, после обеда возможно полоскание полости рта водой); пользоваться ультразвуковой зубной щеткой, флосом и ирригатором. Нарушение мной правил индивидуальной гигиены полости рта может повлечь за собой возникновение вторичного кариеса под ортопедическими конструкциями, а также осложнения воспалительного характера – гингивит и пародонтит, которые, в свою очередь, могут привести к изменению внешнего вида и устойчивости ортопедических конструкций

- регулярно чистить зубной щеткой и пастой внутри ротовые аппараты, при необходимости использовать дезодорирующие таблетки «Корега»

- исключить из употребления в пищу особенно твердые продукты, а также избавиться от некоторых вредных привычек, которые могут механически повредить ортопедические конструкции и другие реставрации зубов (например, не грызть семечки, орехи, кости, откусывать нитки и т.п.)

- в случае занятий активными видами спорта, а также при бруксизме и привычке сжимать зубы требуется изготовление специальной защитной каппы для ношения во время занятий спортом или ночью.

- регулярное проведение профессиональной гигиены полости рта в условиях стоматологической клиники с частотой не реже 3-6 месяцев (частоту определяет доктор в зависимости от индивидуальной клинической картины состояния полости рта). При несоблюдении мной графика профилактической гигиены гарантии на лечение аннулируются. Я обязуюсь выполнять все назначения врача в течение всего периода лечения. С рекомендациями по уходу полости рта и ортодонтическими (ортопедическими) аппаратами ознакомлен(а)

Гарантия на конструктивные особенности аппарата одна неделя, все поломки и утеря аппарата оплачиваются согласно прейскуранту. Пациент полностью несет материальную ответственность за целостность аппарата.

Я информирован(а) о том, что **последствиями отказа** от данного вида лечения могут быть: перелом зубов, дальнейшее стирание зубов и уменьшение эффективности жевания, прогрессирование заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава и его симптомов, прогрессирование зубо-альвеолярных деформаций, изменение контуров лица, ухудшение эстетики,

прогрессирование заболеваний пародонта, и, возможно, постепенная утрата оставшихся зубов. Я понимаю, что ортопедическое лечение – это сложный и многоэтапный комплекс мероприятий, направленных на нормализацию функционального и эстетического состояния всей зубочелюстной системы и организма в целом и первый этап всегда является лечебно-диагностическим. Я понимаю, что динамика лечения может быть в нескольких вариантах: «стало лучше», «стало хуже», «ничего не изменилось». Таким образом, корректируется первоначальный план лечения и эта диагностическая информация имеет большую ценность в понимании прогноза лечения. Я информирован(а) и понимаю, что в случае непредвиденного ухудшения состояния здоровья, связанного с общим заболеванием; при возникновении каких-либо осложнений, прямо или косвенно связанных с выполнением медицинских услуг, я должен(а) сразу предоставить об этом информацию в «Клинику Ортодонтал Спа». Я согласен(а) со стоимостью предложенного мне плана лечения, стоимость некоторых этапов будет обсуждаться по итогам завершения текущего этапа. Я понимаю и согласен(а) с тем, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией моего организма, возможно **расхождение с первоначально определенным планом лечения**, изменение видов манипуляций и, соответственно, изменение ранее оговоренной стоимости лечения как в большую, так и в меньшую сторону. Мне известно то, что срок лечения может занять до 3-3,5 лет. Я удостоверяю своей подписью, что действительно полностью и внимательно прочел(а) и понял(а) содержание данного Соглашения и даю согласие на лечение ортодонтическими или ортопедическими съемными (несъемными) конструкциями с учетом выше перечисленных обстоятельств. Я разрешаю использовать мои фото- и прочие материалы и информацию о моем лечении моему доктору для лечебной, образовательной и научно-исследовательской деятельности. Я разрешаю сообщать полученную от меня и связанную моим стоматологическим состоянием информацию родственникам и лицам, оплачивающим мое лечение, другому врачу-консультанту или иному персоналу клиники в целях успешного и скорейшего лечения моего заболевания и при условии соблюдения ими врачебной тайны.

_____» _____ Г. _____/

подпись

Пациент прочел, понял и расписался в моем присутствии. Доктор _____/

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

На проведение ортопедического лечения (протезирования), являющееся неотъемлемой частью договора на предоставление платных медицинских услуг № _____ от _____ Г.

(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 ортопедическое лечение (протезирование, _____ либо _____ другое _____ медицинское вмешательство: _____)

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

будет проводить врач-стоматолог

_____ и другие

врачи Исполнителя.

В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Я понимаю, что для достижения оптимального результата необходимо **строго следовать этапам протезирования, а также строго соблюдать сроки плана лечения, прежде чем перейти к следующему этапу**, чтобы уменьшить вероятность поломки ортопедической конструкции. Протезирование является, своего рода, вмешательством в биологический организм и, как любое медицинское вмешательство, не всегда может обеспечить пожизненное сохранение результата лечения, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, т.к. полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости и разрушении твердых тканей зубов. Поэтому, через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных изменений и строго индивидуально для каждого человека, возникает необходимость коррекции, либо повторного протезирования. Я понимаю, что окончательный план протезирования, его сроки и стоимость, определяются только после успешного приживления имплантата(ов).

Я понимаю, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает, что приводит к их разрушению. Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами, а также обязуюсь приходить на контрольные осмотры в соответствии с рекомендациями врача.

Я понимаю, что через какое-то время, зависящее от скорости протекания процессов старения, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях, возникающих во время эксплуатации протезов (особенно при увеличении нагрузки), в т.ч. переломов протезов, образовании трещин, сколов облицовочного материала, изменение цвета, стирания зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах и др.

Я согласен, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным результатом.

Я понимаю, что при определенном сроке гарантии на протезы, никто не может гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом.

Меня ознакомили с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования, с возможными альтернативными вариантами протезирования.

Я ознакомлен(а) с тем, что, в процессе протезирования для достижения оптимального эстетического и функционального результатов возможно избирательное пришлифовывание (или даже покрытие коронкой) соседних зубов или зубов антагонистов. Как правило, окончательное решение принимается только после тщательного изучения диагностических моделей челюстей. В случае отказа от данной манипуляции, доктор не может гарантировать успех протезирования и оптимальный эстетический результат.

На протезирование съёмными конструкциями, в т.ч. и на имплантатах, гарантия один год с момента установки конструкции в полость рта, если иного не установлено врачом

соответствующей записью в медицинской карте. Если протезирование съёмным протезом проводилось впервые, то через 6 месяцев после сдачи конструкции показано проведение перебазировки для компенсации атрофии альвеолярного гребня.

На протезирование несъёмными цельнометаллическими, цельнокерамическими или металлокерамическими конструкциями (виниры, вкладки, коронки, мостовидные протезы и т.д.) гарантия 1 год с момента установки конструкции в полость рта, если иного не установлено врачом соответствующей записью в медицинской карте.

На несъёмные конструкции с опорой на имплантаты (коронки, мостовидные протезы) гарантия один год с момента установки конструкции в полость рта (с момента фиксации на постоянный цемент), если иного не установлено врачом соответствующей записью в медицинской карте. Гарантия на простые временные коронки составляет 2 недели. Гарантия на коронки длительного ношения – 6 месяцев, после чего их необходимо заменить на постоянные. При протезировании на зубах, леченных ранее вне клиники, при отказе от перелечивания корневых каналов, гарантия распространяется только на ортопедическую конструкцию и клиника не несет ответственности за состояние опорных зубов. В случае появления или обострения воспаления около корня(ей), перелома корня(ей) или коронки(ок) опорного(ых) зуба(ов), снятие ортопедической конструкции, лечение или удаление опорного зуба(ов), переделка ортопедической конструкции осуществляется согласно прейскуранту (является новой платной услугой). При протезировании на имплантатах, установленных вне клиники, гарантия распространяется только на ортопедическую конструкцию и клиника не несет ответственности за срок службы имплантата. При протезировании на витальных зубах необходима явка на осмотр в течение 2 недель с момента протезирования, в случае неявки на прием гарантия на этот вид протезирования не распространяется. При протезировании на имплантатах обязательная явка на прием – через 1 месяц. Соблюдение рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта по стандартам Исполнителя является обязательным условием для сохранения гарантии. В случае невыполнения рекомендаций гарантия не сохраняется.

Оплата ортопедического лечения (зубного протезирования) производится до снятия слепков. Требование по изменению цвета, формы и вида изделия после его фиксирования в полости рта является новой платной услугой.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих в стоматологической клинике, и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь гарантии.

Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершённом лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к стоматологической клинике.

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны различные ситуации, предвидеть которые в момент получения информированного согласия невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью (перенос приема из-за отключения электроэнергии, замена одного доктора другим в случае болезни первого и т.д.).

Возможные негативные последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения:

- прогрессирующее заболевание;
 - развитие инфекционных осложнений;
 - появление, либо нарастание болевых ощущений;
 - потеря зуба (зубов);
 - системные проявления, включая нарушения в височнонижнечелюстном суставе и позвоночнике
-
-

при ортопедическом приёме и после него возможны следующие осложнения:

- под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции;
- после одонтопрепарирования витального зуба может возникнуть повышенная чувствительность ко всем температурным и химическим раздражителям и развиться пульпит - потребуется лечение каналов зуба (удаление нерва);
- рецессия участка десны, формирование зубодесневого кармана;
- разрушение культи зуба, перелом культи зуба;
- атрофия альвеолярного гребня;
- плохая фиксация пластинчатых съёмных протезов при выраженной атрофии альвеолярных гребней;
- отёки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен;
- появление натёртостей при съёмном протезировании;
- рвотный рефлекс;
- ухудшение эстетического эффекта протезирования из-за отказа удалять зубы;
- аллергическая реакция на материалы протезов;
- изменение дикции, вкусовых ощущений, а также характера слюноотделения;
- переломы и сколы различных видов съёмных протезов;
- возможная необходимость перебазировки съёмного протеза из-за атрофии альвеолярного гребня после удаления зубов;
- асфиксия во время сна в случае не снятия полных съёмных пластинчатых протезов перед сном;
- травматизация слизистой оболочки рта;
- плохая фиксация и стабилизация протезов;
- сколы облицовки постоянных протезов из-за неправильного использования;

- расцементировка при постоянной или временной фиксации;
- возможное изменение плана протезирования и, как следствие, стоимости работ при несостоятельности опорных зубов или при изменении пожеланий пациента;
- появление запаха изо рта и образование налёта на пластинчатых, бюгельных и эластичных протезах из-за несоблюдения пациентом гигиены полости рта и рекомендаций врача;
- изменение сроков протезирования и(или) плана лечения (стоимости и сроков);
- 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

Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен(а) с тем, какие могут возникнуть осложнения:

осложнения в случае отсутствия лечения или невыполнения этапов и сроков рекомендованного плана 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.

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 помогающему ему 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.

Необходимые условия для осуществления гарантии и 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.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

-ортопантомограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма;

-консультация стоматолога(ов) и(или) специалистов иного профиля:

Мне названы и со мной согласованы:

-количество коронок, ортопедических конструкции, особенности конструкций, материал, из которого изготовлены коронки(конструкции), особенности подготовки опорных зубов или имплантации, применяемые лекарственные средства, технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

-этапы и сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена, как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения, в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть, вплоть до отказа от имплантации и дальнейшего лечения.

Дополнительно: _____

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 принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях. Экземпляр договора мною получен.

Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Памятка по протезированию 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, либо законного представителя)

Пациент _____ (ФИО пациента, либо законного представителя) « ____ »
_____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « ____ »
_____ 20__ г.

Вариант 2.

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

_____ (подпись пациента, либо законного представителя)

Пациент _____ (ФИО пациента, либо законного представителя) « ____ »
_____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « ____ »
_____ 20__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

небольшим, при обработке может зуб оказаться значительной полостью, и потребуются реставрация значительной части зуба или постановка коронки; при обширном кариозном поражении возможно возникновение необходимости лечения корневых каналов

Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: инфекционные осложнения, появление и нарастание болевых ощущений, развитие местных осложнений, разрушение и потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства:

при профессиональной гигиене полости рта, терапевтическом лечении и после него:

- мне объяснили, что после процедуры гигиены полости рта может повыситься чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям, аллергические реакции на некоторые стоматологические материалы, кровоточивость и воспаление десен в первые 2-5 дней. 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;

- под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции;

- возможность изменения цвета пломбы при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свёкла, вишня и т.д.);

- развитие осложненных форм кариеса (пульпит, периодонтит) после лечения глубокого кариеса;

- постпломбировочные боли при надкусывании при эндодонтическом лечении зуба;

- появление отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка после терапевтического вмешательства;

- необходимость удаления зуба в случае неэффективности терапевтических методов;

- возникновение периодонтальных явлений, и изменение рентгенологической картины после пломбировки каналов с плохой проходимостью, или при наличии коллатеральных каналов, что приведет к перелечиванию корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удалению зуба;

- возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие корня зуба, в периапикальные ткани, полости и каналы при эндодонтическом лечении зубов;

- отлом коронковой части зуба при циркулярном кариесе;

- возможность отлома эндодонтических инструментов в труднопроходимых каналах, 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;

- 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 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;

- перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения;

- даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

другие виды осложнений:

- 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.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении. Выбор метода и препаратов предоставляю врачу-стоматологу. Возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, последующее затруднённое открывание рта, аллергические реакции.

При интенсивных болевых реакциях или воспалительных процессах на корнях зубов или в дёснах возможно назначение анальгетиков и/или антибиотиков. Возможные последствия приема анальгетиков и/или антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

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

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:

- ортопантомограмма, прицельный пленочный снимок, компьютерная томограмма;
- консультация стоматолога(ов) и/или специалистов иного профиля:

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

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.

Дополнительно _____

Необходимые условия для достижения положительного результата лечения:

- точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача,
- последовательное выполнение пациентом **всех рекомендаций, а также этапов и сроков** стоматологического лечения, рекомендованных врачом.

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.

Вариант 1.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Памятка после лечения зубов и профессиональной гигиены полости рта, мною прочитана и получена. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

_____ (подпись пациента, либо законного представителя)

Пациент _____ (ФИО пациента, либо законного представителя) « _____ »
_____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « _____ »
_____ 20__ г.

Вариант 2.

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

(подпись пациента, либо законного представителя)

Пациент _____ (ФИО пациента, либо законного представителя) « _____ »
_____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « _____ »
_____ 20__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

**на проведение хирургического лечения, являющееся неотъемлемой частью договора на
предоставление платных медицинских услуг № _____ от _____ г.**

(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 выполоаскиванием 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 отёка мягких тканей или увеличение имевшегося отёка 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:

- прогрессирующее зубоальвеолярных деформаций,
- дальнейшее снижение эффективности жевания,
- ухудшение эстетики, нарушение функции речи,
- прогрессирующее 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.*

Вариант 1.

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, либо законного представителя)

Пациент _____ (ФИО пациента, либо законного представителя) « _____ »
_____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « _____ »
_____ 20__ г.

Вариант 2.

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

_____ (подпись пациента, либо законного представителя)

Пациент _____ (ФИО пациента, либо законного представителя) « _____ »
_____ 20__ г.

Врач _____ (_____) « _____ »
_____ 20__ г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО:**

стоматологическое лечение дисфункции височно-нижнечелюстных суставов с применением ортопедических или ортодонтических конструкций, являющееся неотъемлемой частью договора на предоставление платных медицинских услуг № _____ от _____ г.

Я _____ (ФИО пациента, либо законного представителя), соглашаюсь медицинским вмешательством:

Пациенту _____ (ФИО пациента, которого я представляю в силу закона, в родительном падеже)

Я соглашаюсь с тем, что лечение дисфункции височно- нижнечелюстных суставов будет проводить врач-стоматолог

_____ и / или другой специалист, работающий вместе с ним.

Согласно проведенным диагностическим исследованиям, я информирован(а) и понимаю цели и задачи данного стоматологического лечения. Мне разъяснены все этапы лечения, дана полная информация по каждому параметру исследования (ТРГ, компьютерная томограмма, диагностические модели, электромиография, гнатография, сонография). Я полностью понимаю всю информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение медицинского вмешательства. Мне разъяснена цель данного лечения, которое может иметь несколько этапов. Я понимаю, что целью данного лечения будет фиксация оптимального соотношения челюстей, восстановление вертикальных пропорций лица и создание условий для заживления и восстановления структурных тканей височно- нижнечелюстных суставов (диска, связок, хряща, головок нижней челюсти), восстановить функциональную рабочую длину мышц. Я полностью осознаю, что процесс лечения длительный и может занять от одного года до трех лет, его продолжительность будет зависеть от той степени повреждения суставных тканей челюсти, с которыми я обратился(лась), от моего общего состояния организма, положения шейных, грудных и поясничных позвонков, от индивидуальных особенностей, работы эндокринной системы и реактивности тканей организма. Мне понятна информация, что человеческое тело является закрытой кинетической системой и любые изменения ведут к линейным изменениям всего тела.

Я понимаю, что прикус и положение головы влияет на всю осанку, а также стопы, кости таза и грудного отдела влияют на прикус и положение головы и работу височно- нижнечелюстных суставов. Мне полностью понятна информация, что кости черепа диктуют положение суставных головок нижней челюсти и успех лечения зависит от черепного баланса. Если имеются травматические поражения черепных костей со смещением верхней челюсти, височных или других костей, и как следствие, нарушение работы, височно-нижнечелюстных суставов со смещением суставных дисков, а так же разрывов внутрисуставных связок, то лечение может иметь сомнительный прогноз и может потребоваться хирургическое вмешательство. Я проинформирован(а) и понимаю, что одним из этапов лечения может быть коррекция положения верхней челюсти и ее зубного ряда. Развитие в сагитальной или поперечной плоскостях, а также создание дополнительного объема для зубов нижней челюсти. Часто требуется проведение коррекции положения отдельных зубов. Иногда при стертых зубных поверхностях требуется моделирование формы зубов для контроля вертикальной высоты окклюзии. Все этапы моего плана лечения мне разъяснены и понятны. Я проинформирован(а), что на отдельных этапах лечения могут потребоваться дополнительные исследования (МРТ, КТ, ТРГ, анализ моделей в артикуляторе). Мне понятен план лечения, который является предварительным, так как после каждого этапа лечения возможна его корректировка, как в сторону повышения, так и понижения стоимости. Я это понимаю, потому что, это зависит от состояния моего здоровья и особенностей организма. Мне показаны и понятны аппараты для коррекции положения и размеров челюстей, лечения челюстных суставов (Pull Forward, ортотик нейромышечный, ALF, пластины с винтом Бертони, сагитальные аппараты и так далее), которые будут изготовлены в любом случае.

Я информирован(а) и согласен(а) выполнять врачебные назначения. Я знаю, что я должен(а) быть готово к дискомфорту при ношении аппаратов, особенно в первый месяц, возможным болевым ощущениям от температурных раздражителей и при надавливании на зубы, а также возможно появление эрозивных поверхностей на слизистой оболочке губ, щек, десны. Возможно в первый месяц ношения аппаратов легкая дизлексия, которая проходит по мере привыкания мышц языка и щек к новому положению челюстей. Возможна отечность слизистой оболочки и мягких тканей лица, оголения корней зубов на границе с внутриротовым аппаратом. В некоторых случаях возможно изменение конфигурации мягких тканей лица, что часто сопровождается физиологическим фейслифтингом, при ношении аппаратов появление щелей между зубами и легкая подвижность зубов. Во время активации аппаратов возможны эпизоды головной боли или напряжения мышц лица и челюстных суставов, чувство сжатия зубов. Все дискомфортные явления проходят по мере привыкания мышц. Я должен(а) сообщить лечащему врачу о беспокоящих меня симптомах и провести мероприятие по минимизации дискомфорта. Я проинформирован(а) и понимаю, что в случае если я отношусь к пациентам, которые страдают бруксизмом и не могут контролировать сильное сжатие челюстей (в том числе бессознательно, во сне) – у меня возможны сколы и расцементировка существующих керамических конструкций, ортотика и других аппаратов.

Я информирован(а) и понимаю, что *для сохранения функции и достижения длительности терапевтического эффекта и профилактики ухудшения состояния мне необходимо:*

- тщательно соблюдать индивидуальную гигиену полости рта, чистить зубы 2 раза в день после приема пищи (после завтрака и после ужина, после обеда возможно полоскание полости рта водой); пользоваться ультразвуковой зубной щеткой, флосом и ирригатором. Нарушение мной правил индивидуальной гигиены полости рта может повлечь за собой возникновение вторичного кариеса под ортопедическими конструкциями, а также осложнения воспалительного характера – гингивит и пародонтит, которые, в свою очередь, могут привести к изменению внешнего вида и устойчивости ортопедических конструкций

- регулярно чистить зубной щеткой и пастой внутри ротовые аппараты, при необходимости использовать дезодорирующие таблетки «Корега»

- исключить из употребления в пищу особенно твердые продукты, а также избавиться от некоторых вредных привычек, которые могут механически повредить ортопедические конструкции и другие реставрации зубов (например, не грызть семечки, орехи, кости, откусывать нитки и т.п.)

- в случае занятий активными видами спорта, а также при бруксизме и привычке сжимать зубы требуется изготовление специальной защитной каппы для ношения во время занятий спортом или ночью.

- регулярное проведение профессиональной гигиены полости рта в условиях стоматологической клиники с частотой не реже 3-6 месяцев (частоту определяет доктор в зависимости от индивидуальной клинической картины состояния полости рта). При

несоблюдении мной графика профилактической гигиены гарантии на лечение аннулируются. Я обязуюсь выполнять все назначения врача в течение всего периода лечения. С рекомендациями по уходу полости рта и ортодонтическими (ортопедическими) аппаратами ознакомлен(а).

Гарантия на конструктивные особенности аппарата одна неделя, все поломки и утеря аппарата оплачиваются согласно прейскуранту. Пациент полностью несет материальную ответственность за целостность аппарата.

Я информирован(а) о том, что **последствиями отказа** от данного вида лечения могут быть: перелом зубов, дальнейшее стирание зубов и уменьшение эффективности жевания, прогрессирование заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава и его симптомов, прогрессирование зубо-альвеолярных деформаций, изменение контуров лица, ухудшение эстетики, прогрессирование заболеваний пародонта, и, возможно, постепенная утрата оставшихся зубов. Я понимаю, что ортопедическое лечение – это сложный и многоэтапный комплекс мероприятий, направленных на нормализацию функционального и эстетического состояния всей зубочелюстно-лицевой системы и организма в целом и первый этап всегда является лечебно-диагностическим. Я понимаю, что динамика лечения может быть в нескольких вариантах: «стало лучше», «стало хуже», «ничего не изменилось». Таким образом, корректируется первоначальный план лечения и эта диагностическая информация имеет большую ценность в понимании прогноза лечения. Я информирован(а) и понимаю, что в случае непредвиденного ухудшения состояния здоровья, связанного с общим заболеванием; при возникновении каких-либо осложнений, прямо или косвенно связанных с выполнением медицинских услуг, я должен(а) сразу предоставить об этом информацию в «Клинику Дентал Спа». Я согласен(а) со стоимостью предложенного мне плана лечения, стоимость некоторых этапов будет обсуждаться по итогам завершения текущего этапа. Я понимаю и согласен(а) с тем, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией моего организма, возможно **расхождение с первоначально определенным планом лечения**, изменение видов манипуляций и, соответственно, - изменение ранее оговоренной стоимости лечения как в большую, так и в меньшую сторону.

Я удостоверяю своей подписью, что действительно полностью и внимательно прочел(а) и понял(а) содержание данного Соглашения и даю согласие на лечение ортодонтическими или ортопедическими съемными (несъемными) конструкциями с учетом выше перечисленных обстоятельств. Я разрешаю использовать мои фото- и прочие материалы и информацию о моем лечении моему доктору для лечебной, образовательной и научно-исследовательской деятельности. Я разрешаю сообщать полученную от меня и связанную моим стоматологическим состоянием информацию родственникам и лицам, оплачивающим мое лечение, другому врачу-консультанту или иному персоналу клиники в целях успешного и скорейшего лечения моего заболевания и при условии соблюдения ими врачебной тайны.

«____»

Г.

подпись

Пациент прочел, понял и расписался в моем присутствии. Доктор _____/