Предприятие строго руководствуется:
- **Основами законодательства об охране здоровья граждан РФ,**
- **Законом о защите прав потребителей,**
- **Современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.**

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА

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

1. Я.....
соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог

Клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

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

2.1. Диагноз:.....
.....

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. В частности (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):

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

- кариозное поражение, которое кажется "небольшой дырочкой", может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а следовательно, потребуется реставрация значительной части зуба или постановка коронки (по ситуации).

-.....
.....

2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно: (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):
- удаление пораженного зуба (пораженных зубов), не проведение лечения;
-.....
.....

2.6. Возможные негативные последствия **в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения**, а именно (нужное добавить, ненужное вычеркнуть):
прогрессирование
кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); нарушения общего состояния организма:

2.7. Возможные осложнения **под влиянием анестезии**, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте анестезии, снижение внимания, аллергические реакции.

2.8. Возможные п**оследствия приема анальгетиков и антибиотиков** (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.9. Возможные осложнения **после постановки пломбы** (спустя неделю и более), а именно (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):
- воспаление пульпы вследствие проникновения сюда бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий (глубокий кариес) или повреждается в процессе обработки зуба; в этом случае потребуется: а) снять поставленную пломбу, б) пролечить каналы, в) поставить новую пломбу.

-.....
.....

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

4. Мне названы и со мной согласованы:
- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

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

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):
- получение компьютерной томографии, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;
- консультация стоматолога(ов) иного профиля:
.....
.....
- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля:
.....
.....

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

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

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента..... Дата.....

ООО «Медикор» строго руководствуется:
- **Основами законодательства об охране здоровья граждан РФ,**
- **Законом о защите прав потребителей,**
- **Современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.**

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ КАРИЕСА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ

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

1. Я.....
соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог

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

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

2.1. Диагноз:.....
.....

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно: (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):
- удаление пораженного зуба (пораженных зубов), не проведение лечения;
-

2.6. Возможные негативные последствия **в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения**, а именно: прогрессирование воспалительного процесса, переход воспаления на зачаток постоянного зуба, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба, некоторые нарушения общего состояния организма, развитие осложнений (у детей оно происходит быстрее, чем у взрослых, что обусловлено особенностями кровоснабжения челюстно-лицевой области).

2.7. Возможные осложнения **под влиянием анестезии**, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте анестезии, снижение внимания, аллергические реакции. Поскольку после анестезии чувствительность тканей значительно снижена, ребенок может травмировать щеки, губы.

2.8. Возможные п**оследствия приема анальгетиков и антибиотиков** (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.9. Возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно:
- определенный процент (5-10) неэффиктивного лечения молочных зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья,
- необходимость хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаления зуба.

2.10. Существование нескольких методов лечения осложненных форм кариеса молочных зубов:
- удаляется пульпа из коронковой части зуба, а в корневой части зуба пульпа сохраняется. Такое лечение проводится в одно или три посещения врача,
- оставшаяся часть пульпы удаляется из корней и из коронковой части, корневые каналы пломбируются лекарственными препаратами. Такое лечение возможно в два или три посещения.

2.11. После лечения осложненных форм кариеса необходимо восстановление верхней части зуба, т.е. постановка пломбы и коронки (если зуб разрушен более чем на S).

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

4. Мне названы и со мной согласованы:
- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

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

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:
- получение прицельного компьютерного снимка,
- консультация врача иного профиля.

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

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

Я принимаю решение приступить к лечению ребёнка на предложенных условиях.

Подпись пациента Дата

ООО «Медикор» строго руководствуется:
- **Основами законодательства об охране здоровья граждан РФ,**
- **Законом о защите прав потребителей,**
- **Современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.**

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

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

1. Я.....
соглашаюсь с тем, что рентгенологическое обследование зубочелюстной системы в рентгенодиагностическом кабинете будет проводить (ненужное вычеркнуть) врач-рентгенолог или рентгенолаборант.....

2. **Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информации о сути данного обследования:**

2.1. Назначение пациенту обязательного и дополнительного медицинского рентгенологического обследования зубочелюстной системы осуществляет врач-стоматолог по клиническим показаниям.

2.2. Для проведения качественного лечения различных заболеваний и повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования:
- обязательное выполнение **ортопантомограммы** (панорамной зонограммы зубочелюстной системы) до проведения стоматологического лечения. На основании ортопантомограммы стоматолог оценивает общее состояние зубочелюстной системы пациента, а также состояние височно-нижечелюстных суставов и верхнечелюстных пазух;
- по клиническим показаниям в процессе стоматологического лечения дополнительно по необходимости (по назначению стоматолога) выполняются **прицельные рентгенограммы зубов и периапикальных тканей** (пленочную рентгенографию зубов осуществляет врач-рентгенолог или рентгенолаборант в рентгенодиагностическом кабинете; цифровая рентгенография зубов на радиовизиографе выполняется в стоматологической клинике).

2.3. Право на принятие решения о проведении рентгенологического обследования имеет пациент или его законный представитель. Пациент может отказаться от рентгенологического обследования.

2.4. При отказе от проведения необходимых рентгенологических обследований (особенно, ортопантомограммы), врач-стоматолог не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения.

2.5. При получении рентгенограммы неудовлетворительного качества необходимо повторное выполнение рентгеновского снимка (в случаях: движения пациента во время процедуры, большая мышечная масса и плотность тканей лица, не сработал должным образом аппарат и т. д.).

2.6. Противопоказаниями для рентгенологического обследования являются;

1) беременность на протяжении всего срока (при этом рентгенологические обследования выполняются только по жизненным показаниям);

2) отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение пациенту курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний менее, чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение других рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений);

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

3. **Я обязуюсь известить лечащего врача, а также врача-рентгенолога или рентгенолаборанта о наличии вышеперечисленных противопоказаний (пн. 2.6. и 2.7.) до проведения рентгенологического обследования.**

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

4.1. Рентгенодиагностика осуществляется с применением исправной, лицензированной аппаратуры (ортопантомограф, дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф), которая дает минимальную дозу, практически безопасную облучения и снижает до минимума риск возможных последствий.

4.2. Будут получены качественные рентгеновские снимки.

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

4.4. В обязательном порядке мне будет сообщена информация о полученной дозе облучения и мерах, которые необходимо соблюдать, чтобы исключить отрицательные последствия во время и после рентгенологического обследования.

5. **Мне были объяснены возможные исходы и альтернативы предложенного рентгенологического обследования.**

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

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

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента..... Дата .....

ООО «МЕДИКОР» строго руководствуется:
- **Основами законодательства об охране здоровья граждан РФ,**
- **Законом о защите прав потребителей,**
- **Современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.**

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

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

1. Я .....

соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-ортопед

Клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие,-

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

2,1. Диагноз: .....

.....

2.2. Ортопедическое лечение имеет своей целью долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию. При оказании ортопедической помощи гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

2.3. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования. Так же осведомлен(а) о вероятности изменения плана ортопедического лечения на этапе терапевтической подготовки, так как степень разрушения зуба может оказаться слишком значительной, чтобы использовать этот зуб в качестве опорного.

2.4. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые, в моем случае, будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение зубов).

Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения.

2.5. Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

2.6. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях при лечении (воспаление нерва зуба при обтачивании его для покрытия исскуственной коронкой), во время проведения анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

2.7. Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятии оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи. При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта. При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.

2.8. Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдержать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза. Хотя, предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентный успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течении 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 твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

2.9. Я предупрежден(а), что протезирование на опорных зубах с диагнозом "периодонтит" выполняется без гарантии.

2.10. Я информирован(а) о том, что зафиксированная на временный цемент конструкция может отклеиваться и сниматься, ломаться, если она выполнена из временного замещающего материала. Мною получены рекомендации от врача о бережном использовании конструкций, установленных на временный цемент, и конструкций, выполненных из временного замещающего материала.'

2.11. Я предупрежден(а) о невозможности идеального совпадения цвета ортопедической конструкции с цветом естественных зубов из-за ограничения цветовой палитры масс для изготовления коронок.

2.12. Я предупрежден(а) о том, что клиника не несет ответственности за наступившее осложнение, как то скол облицовки искусственной конструкции, перелом конструкции, перелом корня или отлом коронковой части опорного зуба при наличии диагноза "бруксизм".

2.13. Я предупрежден(а) о том, что в случае прерывания ортопедического лечения на длительный срок (от 3-х месяцев) по моей инициативе, клиника не гарантирует успешное завершение ортопедического лечения по изначальному плану, т. к. в полости рта происходят изменения, обусловленные естественными процессами и самой незавершенностью ортопедического лечения.

2.14. Я информирован(а) от том, что успех ортопедического вмешательства не может быть гарантирован в случае несвоевременного обращения при наступлении осложнения, в сроки оговоренные врачом в каждом конкретном случае (как правило контрольные осмотры через 3-6 месяцев), а при появлении симптомов осложнения - незамедлительно.

2.15. Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у доктора и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику обговоренному с врачом и записанному в историю болезни).

2.16.Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата с действительным результатом. Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Мне были объяснены все возможные исходы протезирования, а так же альтернативные варианты. Я так же имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

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

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента..... Дата .....

Предприятие строго руководствуется:
- **Основами законодательства об охране здоровья граждан РФ,**
- **Законом о защите прав потребителей,**
- **Современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.**

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

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

1. Я.....
соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог

Клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

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

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.
2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно: .....
.....

2.6. **Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения**, а именно (ненужное вычеркнуть):прогрессирование заболевания развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; нарушения общего состояния организма.
2.7. **Возможные** (в некоторых случаях) осложнения на этапах и после лечения , а именно (ненужное вычеркнуть, нужное дописать):
- под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции;
- последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения), а именно : аллергические реакции, изменения витаминного и иммунологического баланса, нарушение состава кишечной микрофлоры;
- в процессе лечения – дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; повреждение соседних зубов и пломб; натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием; повреждение нерва, приводящее к онемению или подергиванию губы, онемению подбородка, десен, зубов, языка в оперированном участке (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным); перелом челюсти; открытие гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции; вывих или подвывих челюсти;
- после лечения - инфекция, требующая дополнительного лечения; ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель; оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти, чтобы не проводить обширную операцию;

.....
.....

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.
4. Мне названы и со мной согласованы:
- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.
6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):
- получение компьютерной томографии, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;
- консультация стоматолога(ов) иного профиля:

.....
- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля:

.....

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.
Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента ..... Дата .....

Предприятие строго руководствуется:
- **Основами законодательства об охране здоровья граждан РФ,**
- **Законом о защите прав потребителей,**
- **Современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.**

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ(лечение коревых каналов зубов)

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

1. Я .....

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

Клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие,-

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

2,1. Диагноз:.....

.....

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.4. Возможность коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно: удаление пораженного зуба (пораженных зубов), непроведение лечения.

2.6. Возможные негативные **последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения**, а именно (нужное добавить, ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; некоторые нарушения общего состояния организма:

.....

.....

2.7. Возможные осложнения **под влиянием анестезии**, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.

2.8. Возможные **последствия приема анальгетиков и антибиотиков**, а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.9. Возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно (ненужное зачеркнуть, нужное добавить):

- определенный процент (5-10) неэффективного эндодонтического лечения по причине его медицинской специфики, а также индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья;
- перелечивание корневых каналов зубов через некоторое время или проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба;
- поломка инструмента (файла) внутри корневого канала и невозможность его извлечения;

.....

.....

2.10. При перелечивании ранее запломбированных каналов зуба(ов) успех лечения значительно снижается, что связано:

- с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлических штифт;
- с сильной кальцификацией корневых каналов, что (в некоторых случаях) повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента);
- с искривлением корневых каналов.

2.11. Возможные осложнения **при перелечивании зуба, покрытого коронкой, или являющегося опорой для зубного протеза (съемного или несъемного):**

- необходимость снятия несъемного зубного протеза, а затем изготовление нового зубного протеза;
- перелом зуба, что может привести к его удалению.

2.12. После лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление верхней части зуба, т. е. постановка пломбы или коронки (по ситуации).

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть увеличена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

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

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

- получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;
- консультация стоматолога(ов) иного профиля:

.....

.....

- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля:

.....

.....

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

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

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента..... Дата .....