**ИНФОРМАЦИЯ**

**О МЕТОДАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СВЯЗАННЫХ С НИМИ РИСКАХ,ВИДАХ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ИХ ПОСЛЕДСТВИЯХ**

**И ОЖИДАЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатов медицинской помощи

указаны в Информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство,являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платныхмедицинских услуг.



Приложение к договору возмездного оказания медицинских услуг № \_\_ от « \_\_»\_\_\_\_\_\_20 г.

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

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

*(основание ст. 20-23 Ф.З. Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.)*

Я (Ф.И.О.) ,

информирован(-а) моим лечащим врачом о состоянии моего здоровья на момент обращения за медицинской помощью.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил детальное объяснение в устной форме о необходимости стоматологического лечения.

Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма.

Мне объяснен в доступной и понятной форме основной план лечения, включая ожидаемые результаты, риск и пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне объяснены сопутствующие явления планируемого лечения, включая: боль, неудобство, припухлость, чувствительность к холоду и теплу. Мне объяснено и я понял(-а), что вероятность того, что во время осуществления моего лечении выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры которые невозможно достоверно и в полном размере предвидеть заранее, вплоть до удаления зубов не поддающихся консервативному лечению, а также направление к другим специалистам (хирургу, пародонтологу, ортодонту и т.д.), и мне это известно.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также выполнений всех полученных от врача и персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться, приема лекарственных препаратов назначенных врачом и визитов в указанные сроки.

Я согласен(-а) на проведение рентгенографии при обследовании и лечении зубов, необходимой для полноценной диагностики и контроля проведенных лечебных манипуляций.

**Я получил(-а) полную информацию о стоимости моего лечения, согласен(-а) с тем, что в процессе моего лечения, могут быть изменения в стоимости в большую или меньшую сторону, связанные с особенностью лечения моих зубов.**

**Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1.,3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.**

**Я даю свое согласие на использование фотографий и снимков моих зубов в ознакомительных целях и в качестве примера работ без указания моих персональных данных.**

**Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имею.**

**Я удостоверяю, что текст данного информационного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня. У меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.**

**Настоящий документ является приложением к Договору возмездного оказания медицинских услуг**

**№ от « » 20 г., неотъемлемой частью моей медицинской карты.**

**Настоящим даю согласие на осуществление моего лечения.**

**Дата « » 20 г.**

**Пациент / Ф.И.О.Я подтверждаю, что объяснил:**

**Врач**

**Ф.И.О. врача**



Приложение к договору возмездного оказания медицинских услуг № \_\_ от « \_\_»\_\_\_\_\_\_20 г.

**Информированное добровольное согласие на лечение кариеса и некариозных поражений твердых тканей зуба (зубов) (основание ст. 20-23 Ф.З. Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.)**

Я, пациент

« » г. рождения, проживающий по адресу проинформирован(а) лечащим врачом:

(фамилия, имя, отчество лечащего врача)

О диагнозе: ¬¬¬¬¬¬¬¬¬¬¬¬¬¬¬-

и сути планируемых лечебных и диагностических манипуляций зубов в соответствии с рекомендованным планом лечения и

даюинформированное добровольное согласие на лечение кариеса мне / лицу, законным представителем которого я являюсь.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения и понимаю, что допустима коррекция намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Мне объяснено, что лечение кариеса заключается в удалении пораженных кариозным процессом тканей зуба, медикаментозной обработке подготовленной полости, с последующим восстановление коронки зуба пломбировочным материалом, а также, что достоверно точно опередить объем и глубину пораженных кариесом тканей возможно только в процессе вмешательства, а, следовательно, может увеличиться предполагаемый объем восстановления зуба (пломбирования, реставрации), о чем врач меня

предупредит заранее, в процессе лечения.

Врач сообщил мне о возможных альтернативных вариантах лечения, а именно:

* лечение начального, поверхностного или среднего кариеса (1- 2 посещения);
* лечение глубокого кариеса (1-2 посещения);
* эндодонтическое лечение корневых каналов с последующим пломбированием (2-4 посещения);
* изготовление вкладки/накладки (2-3 посещения);
* установление коронки;
* отсутствие лечения вообще

Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения могут быть (нужное

добавить, ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания; развитие осложненных форм кариеса; развитие инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис); ухудшение эстетики; нарушение функции речи; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; неблагоприятный исход.

Возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение

витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Возможные осложнения в процессе лечения, а именно: болевые ощущения; вскрытие пульпарной камеры во время препарирования

кариозной полости; чувство «нового» зуба (зубов) после постановки пломбы; появление чувствительности к холодной и сладкой пище;

локализованное травматическое поражение десны; получение неудовлетворительного цвета зуба; недостижение эстетического результата,

уменьшения срока пользования.

В случае невозможности устранения болевой реакции врач принимает решение о депульпировании леченого зуба.

**Я подтверждаю, что в Анкете здоровья назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни. Я подтверждаю, что добросовестно**

ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических

мероприятий, рекомендованных врачом.

**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 лечение кариеса 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.



Приложение к договору возмездного оказания медицинских услуг № \_\_ от « \_\_»\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

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

**Информационное добровольное согласие на проведение обследования (диагностических процедур и манипуляций).**

*(основание ст. 20-23 Ф.З. Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.)*

Я , информирован(-а) о том, что без проведения диагностических процедур и манипуляций невозможно установить состояние стоматологического здоровья моего или моего ребенка.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил детальное объяснения в устной форме о необходимости проведения диагностических процедур и манипуляций (осмотра, перкуссии, зондирования, температурной пробы, пальпации и др.).

Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе диагностики или лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма.

Мне объяснено в доступной и понятной форме, что составление основного плана лечения, включая ожидаемые результаты, риск и пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим возможно только после проведения диагностических процедур и манипуляций и постановки диагноза.

Альтернативой является отказ от проведения диагностики (в таком случае врач не сможет составить план лечения и произвести само лечение). Отказ от проведения диагностики и лечения может привести к ухудшению состояния стоматологического и общего здоровья пациента, а именно:

* Нарастанию болевых ощущений.
* Возникновению отека мягких тканей лица и полости рта.
* Возникновению и развитию пульпита (воспаления сосудисто-нервного пучка зуба), периодонтита (воспаления периодонта – связки зуба), периостита (поднадкостничный абсцесс – скопление гноя под надкостницей и ее воспаление), абсцессы и флегмоны мягких тканей и клетчаточный пространств (гнойное воспаление тканей).
* Поднятие температуры тела, нарастание общей слабости, снижение аппетита и др.

Мне объяснены сопутствующие явления планируемого обследования, включая: боль, неудобство, чувствительность к холоду и теплу. Мне объяснено и я понял(-а), что существует вероятность того, что во время осуществления моего обследования (обследования моего ребенка) выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и полной мере предвидеть заранее, а также направлениек другим специалистам (хирургу, пародонтологу, ортодонту и т.д.) и мне это известно.

Мне ясна вся важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья (моего ребенка), а также выполнений всех полученных от врача и персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться (мой ребенок), и визитов в указанные сроки.

Я даю согласие на проведение мне ортопантомографии, рентгенографии, компьютерной томографии, фото- и видео- фиксации (как конечного результата, так и этапов моего лечения) при обследовании и проведении моего лечения (лечения моего ребенка).

Я понимаю, что это необходимо для полноценной диагностики и контроля качества проведенных лечебных манипуляций.

Я получил(-а) полную информацию о стоимости моего обследования (обследования моего ребенка), согласен (-а) с тем что в процессе моего обследования (обследования моего ребенка) могут быть изменения в стоимости в большую или меньшую сторону, связанные с необходимостью проведения дополнительных исследований.

**Я также даю согласие на обработку и передачу моих (моего ребенка) персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1.,3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне (моему ребенку) медицинских услуг.**

**Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имею.**

**Я удостоверяю, что текст данного информативного согласия на проведение обследования мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, связанные с диагностикой моего заболевания и последующего реабилитационного периода. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня. У меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.**

**Настоящий документ является приложением к Договору возмездного оказания медицинских услуг № от**

**« » 20 г., неотъемлемой частью медицинской карты моего ребенка. Подпись пациента / Ф.И.О.**

**Настоящим даю согласие на осуществление моего обследования (обследования моего ребенка).**

**Дата « » 20 г.**

**Пациент / Я подтверждаю, что объяснил:**

**Врач**



Приложение к договору возмездного оказания медицинских услуг № \_\_ от « \_\_»\_\_\_\_\_\_20 г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕПРОЦЕДУРЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОТБЕЛИВАНИЯ.**

Я (Ф.И.О.) , подтверждаю, чтомне сообщена вся информация о предстоящей процедуре отбеливания, характере и продолжительности процедуры,

особенностях и ходе процедуры клинического отбеливание. Вся информация мне понятна, у меня было достаточно времени для

обсуждения интересующих меня вопросов.

Мне объяснено, что результат процедуры отбеливания не может быть гарантирован, чтосуществуют определенные риски и ограничения, связанные с ее проведением:

1.1 Невозможно предсказать итоговый цвет зубов.

2.1 Стабилизация цвета происходит в течение 14 дней после проведения процедурыотбеливания. За этот срок зубы могут темнеть, светлеть, покрываться пятнами.

3.1 После отбеливания необходимо провести от 3-х процедур реминерализирующейтерапии с использованием специальных капп и гелей.

4.1 В некоторых случаях до проведения отбеливания необходим курс реминерализирующей терапии, продолжительность которого определяетсяиндивидуально.

5.1 Перед проведением отбеливания, зубы «линии улыбки» (с 15 по 25 на верхних челюстях и с 35 по 45 на нижней челюсти) должны быть пролечены по поводу кариеса иего осложнений с восстановлением временными пломбами.

6.1 Через 14 дней после отбеливания временные пломбы заменяются на постоянныеотбеленного оттенка.

7.1 В случае проведения эндодонтического отбеливания закладка отбеливающего геляможет происходить от 1- ого до 3-х раз. После получения желаемого оттенка в полость зуба закладывается препарат кальция на 14 дней.

8.1 После отбеливания необходимо соблюдать «белую диету» в течение минимум 5-14дней. То есть необходимо отказаться от курения, кофе, чая, красного вина, газированныхнапитков, ягод и продуктов их содержащих, шоколада и других продуктов, содержащих красители.

9.1 Опыт показывает, что лучше всего отбеливаются зубы с желтоватыми и коричневатыми оттенками, хуже отбеливаются сероватые и тетрациклиновые зубы.

10.1 Не всегда возможно получить желаемый оттенок за один сеанс.

Лечащий врач и клиника не могут нести ответственность за возникновение осложнений, связанных с неисполнением или неправильных исполнением рекомендацийврача пациентом.

Я даю согласие на фотографию и видеосъемку, которые будут выполнены длядокументального фиксирования состояния зубов до и после проведения процедуры,

прогнозирования результатов и обеспечения полной медицинской информацией обо мне.Я удостоверяю своей подписью следующие факты:

* данный документ мною внимательно изучен и мне полностью понятен;
* я понимаю назначение данного документа;
* я подтверждаю свое согласие на проведение процедуры клинического отбеливания.Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

«\_ » 20 г. **Пациен/Врач**



Приложение к договору возмездного оказания Медицинских услуг № от « » 20 г.

**Информированное добровольное согласие на проведение ортодонтического лечения.**

*(основание ст. 20-23 Ф.З. Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.)*

Я ,

(ФИО пациента или его законного представителя)

Информирован(-а) моим лечащем врачом

(ФИО врача)

О состоянии здоровья меня ( моего ребенка) на момент его обращения за медицинской помощью.

Я соглашаюсь с тем, что лечение моего ребенка будет проводить врач-стоматолог -

(ФИО врача)

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил(-а) детальное объяснения в устной форме о необходимости ортодонтического лечения.

Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния организма моего (моего ребенка).

Мне объяснены в доступной и понятной форме основной план лечения, включая ожидаемые результаты, риск и пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а также необходимые дополнительные исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

**Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.**

1. Ортодонтическое лечение направлено на улучшение эстетических параметров расположения зубов, улучшения эстетики лица и на нормализацию здоровья зубочелюстной системы. Для достижения наилучших результатов ортодонтического лечения необходимо провести полное лечение, используя необходимую ортодонтическую аппаратуру.
2. Перед началом ортодонтического лечения необходимо сделать полную диагностику. Для этого нужно сделать ортопантограмму, компьютерную томографию, боковую телерентгенограмму черепа, а при необходимости – прямую телерентгенограмму черепа, снимки височно-нижнечелюстного сустава. Диагностика в артикуляторе (при необходимости) как метод диагностики состояния височно-нижнечелюстного сустава, диагностические модели и диагностические фотографии также необходимы для планирования ортодонтического лечения.
3. Объем и ориентировочные сроки ортодонтического лечения определяет врач. Сроки лечения зависят от патологии, выбранной аппаратуры, наличием или отсутствием потенциала роста костного скелета, биологических сроков перемещения зубов, а также **от добросовестного выполнения назначений лечащего врача, аккуратного обращения с ортодонтической аппаратурой и от индивидуальных особенностей передвижения зубов.**
4. Перед началом ортодонтического лечения необходимо санировать полость рта: вылечить зубы (кроме тех зубов, которые будут удалены по ортодонтическим показателям), в большинстве случаев ортодонтических патологий необходима консультация и заключение пародонтолога, провести профессиональную гигиену полости рта. Если поставлен пародонтологом диагноз пародонтит, пациенту необходимо выполнить все пародонтологические назначения и при необходимости хирургические манипуляции с тканями пародонта. Иногда пародонтологические и хирургические процедуры проводятся на этапах ортодонтического лечения брекет- системой. На разрушенные зубы и зубы с большими пломбами рекомендуется вставлять временные или постоянные коронки. Процедуры по профессиональному отбеливанию зубов не рекомендуется проводить до начала ортодонтического лечения.
5. Осмотр стоматолога- терапевта и профессиональная гигиена должны проводиться не реже 1 раза в 6 месяцев.
6. Ортодонтическое лечение может быть связано с дискомфортом, особенно в начале лечения, в период адаптации возможно раздражение слизистой оболочки полости рта, болезненность зубов, а при лечении на лингвальной брекет-системе и нарушение дикции, затрудненный прием пищи. В течении всего ортодонтического лечения возможны ситуации связанные с дискомфортом. Врач дает рекомендации для более легкой адаптации к ортодонтической аппаратуре.
7. Ортодонтическое лечение по своей сути с перемещением зубов при механическом воздействии на них ортодонтической аппаратуры или с коррекцией роста челюстей у детей. Поэтому срок лечения зависит от биологических факторов и не может быть уменьшен только по желанию пациента. Врач-ортодонт планирует полное ортодонтическое лечение для достижения наилучшего результата, включая эстетическую коррекцию, восстановление полноценной функции жевания, коррекцию состояния височно-нижнечелюстного сустава. При отказе пациента или его родителей от полноценного лечения может привести к нежелательным последствиям, о которых сообщает врач. В таком случае ответственность за некачественное лечение и его последствия несет пациент или его законные представители. Отказ от полноценного лечения или отказ от завершения ортодонтического лечения подтверждается подписью пациента или его законных представителей.
8. Необходимым условием для проведения качественного ортодонтического лечения и для предотвращения осложнений является соблюдение гигиенических правил. Необходимо чистить зубы после каждого приема пищи с использованием зубных щеток, ершиков и суперфлосса, ирригатора.
9. При необходимости гигиенических требований могут возникнуть осложнения: воспаление и кровоточивость десен, что приводит к рассасыванию костной ткани в области воспалительного процесса; образованию пигментированного зубного налета; появлению меловидных пятен в области систематического скопления мягкого зубного налета (меловидные пятна- это участки деминерализации эмали, первая стадия кариеса) и кариозных полостей. В некоторых случаях, несоблюдение правил гигиены может привести к потере отдельных зубов. При нарушении правил чистки зубов с несъемной ортодонтической аппаратурой (брекет-системой) врач- ортодонт вправе снять брекет-систему не долечив пациента, чтобы избежать более серьезных осложнений(предварительно разъяснив пациенту сложившуюся ситуацию).
10. Во время лечения на несъемной ортодонтической аппаратуре (брекет-система) необходимо соблюдать правила приема пищи: отказаться от жесткой пищи, такой как косточки, орешки, сухари, козинаки, сушки, суржики и т.д., ничего не откусывать, всю пищу резать ножом или отламывать небольшими кусочками.
11. При несоблюдении правил приема пищи составные части брекет- системы, также брекеты, кольца, замки, дуги и т.п., могут отклеиваться и ломаться. Это может привести к удлинению сроков лечения и его удорожанию. **Восстановление элементов брекет-системы при их поломке в случае несоблюдения вышеперечисленных требований проводится за счет ПАЦИЕНТА.**
12. В процессе ортодонтического лечения может потребоваться использование дополнительной аппаратуры, такой как лицевая дуга, лицевая маска, губной бампер, межчелюстные эластические тяги, силиконовые ортодонтические корректоры прикуса и т.п. Такая аппаратура устанавливается в полость рта и/или меняется самим пациентов течение времени, установленным лечащим врачом. Сотрудничество с врачом (то есть исполнение наставлений по использованию подобной аппаратуры) в таком случае необходимо для достижения наилучшего и наиболее устойчивого результата ортодонтического лечения. Если рекомендации врача не исполняются должным образом, то гарантировать хороший результат лечения и соблюдение сроков лечения невозможно, так как в определенных случаях подобная дополнительная аппаратура является неотъемлемой частью ортодонтического лечения. А также на этапах ортодонтического лечения может потребоваться удаление зубов по ортодонтическим показаниям.
13. Своевременное посещение врача также влияет на ход лечения, его результат и продолжительность. Систематические пропуски плановых посещений (1 раз в 3-4 недели или по назначению лечащего врача) могут привести к неконтролируемым нежелательным перемещениям зубов, удлинению лечения, неудовлетворительному результату лечения.
14. Возможные ожидаемые эффекты ортодонтического лечения, снижающие эстетическое впечатление пациента после его окончания:
15. – «черные треугольники» образуются при исправлении скученного положения зубов, если десневой сосочек атрофировался в процессе жизни пациента;

- в процессе ортодонтического лечения невозможно изменить форму зубов. Если есть сколы эмали или зубы стерты, то независимо от формы режущего края, зубы устанавливаются в правильную позицию, воссоздание правильной формы зубов возможно после снятия брекет-системы ортопедическими или терапевтическими методами.

1. Сразу после снятия брекет-системы в полость рта обязательно устанавливается удерживающая аппаратура. Это связано с возможным рецидивом ортодонтической патологии, что обусловлено особенностями зубочелюстной системы человека, состоянием пародонта, функционирования мышц губ, языка и т.д.
2. Вид удерживающей аппаратуры выбирается ортодонтом . Необходимым условием предотвращения рецидивов и нежелательных смещений зубов, является ее сохранность, любая поломка может привести к смещению зубов. В период удержания необходимо соблюдать режим питания, способствующий сохранности аппаратуры. При поломке следует незамедлительно обратиться в клинику для восстановления ретейнеров (удерживающей аппаратуры).
3. Время использования удерживающей аппаратуры длительно, не менее 2-х лет. Часто рекомендовано использовать удерживающую аппаратуру пожизненно.
4. К сожалению, даже присутствие в полости рта удерживающее аппаратуры не гарантирует предотвращение смещения зубов. Такое смещение происходит чрезвычайно редко и зависит от индивидуальных особенностей пациента, в том числе от наличия непрорезавшихся зубов «мудрости», характера роста организма, особенностей работы мышц губ и языка. Чтобы вовремя заметить смещение и принять меры для предотвращения дальнейших нежелательных изменений, необходимо посещать ортодонта первый год 1 раз в 3-4 месяца или по назначению врача.
5. В ряде случаев для удержания результатов лечения после снятия брекет-системы необходимо использование дополнительной аппаратуры (силиконовые корректоры прикуса, каппы и т.п.) или удаление зачатков зубов

«мудрости».

1. Если пациенту требуется протезирование после снятия брекет-системы, это необходимо сделать в ближайшее время после снятия. При отказе от протезирования, необходимо изготовить дополнительную удерживающую аппаратуру для предотвращения смещения зубов, соседствующих с дефектом зубного ряда.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента (психо-эмоцианального состояния), добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

**Я достоверно передал информацию о состоянии моего здоровья (моего ребенка), а также понимаю необходимость выполнений всех поученных от врача и персонала рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, необходимости коррекции характера и режима питания, проведения консервативного лечения, в котором он будет нуждаться, и визитов в указанные сроки.**

**Я подтверждаю, что мой ребенок не состоит (состоит) на учете у узких специалистов по заболеваниям которые могут повлиять на процесс и результат лечения стоматологической**

**патологии. .**

**Я также даю согласие на обработку и передачу моих (моего ребенка) персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1.,3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ « О персональных данных», для целей оказания мне (моему ребенку) медицинских услуг.**

**Пользуясь правом, предоставленным мне законодательством Российской Федерации разрешаю давать информацию о состоянии здоровья моего ребенка только следующим лицам:**

**(ФИО и контактный телефон лица, уполномоченного получить информацию)**

**Я удостоверяю, что текст данного информативного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня.**

**Настоящий документ является приложением к Договору возмездного оказания медицинских услуг № от**

**« » 20 г., неотъемлемой частью медицинской карты моего ребенка. Я подтверждаю согласие на проведение мне (моему ребенку) ортодонтического лечения.**

**Подпись пациента (законного представителя) / Ф.И.О. Подпись врача / Ф.И.О.**

**Дата « » 20 г.**



Приложение к Договору возмездного оказания медицинских услуг № \_\_от «\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_г.

**Информированное добровольное согласие на проведение диагностических мероприятий**

**и ортопедического лечения (протезирования) зубов**

*(основание ст. 20-23 Ф.З. Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.)*

Я, ,

информирован(-а) моим лечащим врачом о предполагаемых диагностических мероприятиях иортопедическом лечении (протезировании).

Ортопедическое лечение – это комплекс мероприятий, направленных на нормализацию функционального и эстетического состояния зубочелюстного аппарата, что достигается путем замещения недостающих зубов и восстановления утраченных твердых тканей ортопедическими конструкциями различного типа сложности.

Врач понятно объяснил мне, что ортопедическое лечение проводится поэтапно, поэтому важно строгое соблюдение сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти кследующему этапу.

Ортопедическое лечение имеет своей целью долговременное замещение зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию. Я ознакомлен(-а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества; заболевания пародонтаи дальнейшее разрушение жевательного аппарата).

Я проинформирован(-а), что перед проведением ортопедического лечения очень важно пройти необходимую подготовку ( профессиональная гигиена; лечение десен; лечение зубов; при необходимости консультация и врача ортодонта; и т.д.)

**Мне понятно, что последствиями отказа от протезирования могут быть:** прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпызуба и окружающей кости; перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения; прогрессирование зубо- альвеолярных деформаций; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функции речи; прогрессирование заболеваний тканей пародонта и как следствие потеря оставшихся зубов; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно- кишечного тракта, нейропатология.

Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю и предупрежден, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов, так как полное выздоровление означает биологическую целостность жевательного органа (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 твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания иволютивных процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки ортопедической конструкции.Мой лечащий врач доступно объяснил мне преимущества протезирования на имплантатах от других видов протезирования. О возможных негативных последствиях отказа от протезирования на имплантатах я предупрежден, а именно:

-атрофия костной ткани в области отсутствующих зубов.

-чрезмерная нагрузка на опорные зубы и как следствие возможная их потеря.

-необходимость препарирования здоровых зубов.

-необходимость коррекции съемных протезов.

**Я отказываюсь от протезирования на имплантатах .**

**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).**

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 функции глотания, жевания и речи. При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психо-, мио- функциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушения функции речи, жевания, глотания, поломок протезов.

Мне разъяснено, что фиксация ортопедических конструкции производится на специальные виды цементов. Фиксирующие способности этих цементов различны и поэтому возможны расцементирвки ортопедических конструкции.

Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строго соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейтик следующему этапу.

**Я получил(-а) полную, доступную информацию о состоянии моего протезирования, согласен(-а) с тем что в процессе моего протезирования могут быть изменения в стоимости в большую или меньшую сторону, связанные с особенностью протезирования моих зубов.**

**Меня уведомили, что клиника и ее персонал не несет ответственности за качество предоставляемых услуг в следующих случаях:**

1.Предоставление услуг по требованию пациента, расходящихся с предложенным врачом планом протезирования, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.

2.Возникновение аллергических реакции у пациента, не отмечавшихся ранее.

3.Осложнения, возникающие по причине неявки пациента в срок, указанный врачомили в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций.

4.Переделка или коррекция работ в другом лечебном заведении.

5.Ремонт, порча и коррекция работы самим пациентом.

6.Неудовлетворительное состояние гигиены полости рта.

7.Осложнения, возникшие в зубах, лечение которых проводилось в других клиниках. **Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1.,3. Ст. 3., ст.11 Федерального закона №152-ФЗ «о персональныхданных», для целей оказания мне медицинских услуг.**

**Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имею. Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня. У меня не осталосьневыясненных вопросов к врачу.**

**Настоящий документ является приложением к договору возмездного оказания медицинских**

**услуг № медицинской карты.**

**от « »**  **20 г., неотъемлемой частью моей**

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

**Подпись пациента / Ф.И.О. Подпись врача / Ф.И.О. Дата « » 20 г.**



Приложение к договору возмездного оказания медицинских услуг № \_\_ от « \_\_»\_\_\_\_\_\_20 г.

**Информированное добровольное согласие**

**на проведение медицинского вмешательства: дентальная имплантация, костная пластика, синус лифтинг(открытый, закрытый), протезирование на имплантатах.**

*(основание ст. 20-23 Ф.З. Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.)*

1. Я, настоящим подтверждаю, что согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован(-а) о состоянии моего здоровья, а именно о ниже следующем:
	1. О наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.
	2. О результатах лечения и обследований, проведенных до настоящего момента.
	3. О прогнозе и методах дальнейшего лечения, о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лекарственных средств.
	4. Обо всех вариантах медицинского вмешательства, альтернативных видах и методах лечения. О том, что имплантация как метод подготовки полости рта к протезированию позволяет применить несъемные протезы на имплантатах, вместо показанных при имеющейся клинической картине съемных, мостовидных,

бюгельных протезов. Безальтернативным это вмешательство не является.

* 1. О целях и формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах медицинского

вмешательства, о наличии показаний к проведению мне видов и методов лечения. О режимах моего поведения до, и после лечения, об этапах лечения и о возникновении дополнительных вмешательств на томили ином этапе лечения, о действии применяемых медикаментов, об ожидаемых результатах по каждому возможному варианту медицинского вмешательства.

1. Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с развитием этогозаболевания:
	1. Добровольно в соответствии со ст.22-23 Основ законодательства Российской Федерации об охранездоровья граждан даю свое согласие на проведение

Я доверяю врачу стоматологу-хирургу «СК «Кристалл-Дент плюс»

провести вышеобозначенную операцию

1. **Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути имплантации:**
	1. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения, вследствие обстоятельств или проявления противопоказаний для оперативного вмешательства.
	2. Индивидуальный рекомендованный план лечения, его длительность и многоэтапность.
	3. Допустимость коррекции врачом намеченного плана или отказ от его осуществления ( на хирургическомили ортопедическом этапе) в зависимости от ситуации, о чем меня уведомит врач.
	4. Возможные альтернативные варианты лечения.
	5. возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения, или частичного его выполнения, а именно;
		* атрофия костной ткани, подвижность зубов (рядом с отсутствующем зубом), что может привести к необходимости их удаления;
		* перегрузка зубов и ее последствия;
		* патология височно-нижнечелюстного сустава;
		* головные боли, иррадиирущие боли в шею и в мышцы лица, утомляемость жевательных мышц, вследствие нарушений прикуса.
	6. возможные последствия под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в местевведения анестетика, аллергические реакции.
	7. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков ( при их назначении), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.
2. **Я предупрежден, что** операция зубной имплантации может осложниться кровотечением из раны,

воспалением (мукозит, периимплантит), нарушением чувствительности мягких тканей полости рта и лица,что потребует дальнейшего дополнительного лечения.

* 1. Операция имплантации на верхней челюсти может осложниться перфорацией верхнечелюстной пазухи,полости носа, в жевательном отделе нижней челюсти – повреждением нижнего альвеолярного нерва, что может привести к

«онемению» (нарушению чувствительности) нижней губы, нижней челюсти и потребовать дополнительного лечения.

* 1. После операции имплантации могут быть болевые ощущения в челюсти, припухание мягких тканей, ограничение открывания рта, в области углов рта могут быть трещины. В некоторых случаях это потребуетсоблюдение домашнего режима, и обязательных выполнений рекомендаций врача.
	2. Использование биопластических материалов при зубной имплантации может закончится не приживлением их, в связи, с чем потребуется дополнительное лечение, в том числе хирургическое.
	3. После проведения хирургического этапа имплантации последует ортопедический этап (установка коронки или протеза – по ситуации и в соответствии с дополнительным планом), который в моих интересахжелательно

осуществлять у врача стоматолога ортопеда данной клиники.

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

5.1 Принимать назначенные лекарственные средства.

* 1. Не водить машину после операции, не проводить работу связанную с физическими нагрузками втечение срока определенного врачом.
	2. Не принимать алкоголя и наркотических средств.
	3. Соблюдать гигиену полости рта, а так же являться на услуги мне рекомендованные (профилактическийосмотр, профессиональную чистку зубов и т.д.) в сроки установленные врачом
	4. Я предупрежден, что курение может осложнить заживление операционной раны и приживление имплантата.
1. **Мне объяснена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно:**

ООО «Стоматологическая Клиника «Кристалл-Дент» гарантирует предоставление медицинской услуги всоответствии с юридическими, профессиональными и морально-этическими нормами:

* обследование и учет общего состояния здоровья пациента до имплантации с целью выявления возможных противопоказаний к установке имплантатов;
* использование сертифицированных титановых имплантатов ведущих зарубежных фирм;
* максимальную комфортность и безболезненность установки имплантата;
* врачебный контроль за процессом прижевления имплантата.
1. **Мне названы и со мной согласованы:**
	1. Количество имплантатов, технологии (методы) и биоматериалы, которые будут использованы впроцессе лечения.
	2. Сроки проведения лечения
	3. Стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые могут возникнуть в ходе операции.Врач предупредит меня и обоснует это.
2. **Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:**
	1. Получение компьютерной томографии, ортопантомограммы, прицельного снимка.
	2. Консультации стоматологов иного профиля
	3. Консультации у врачей общемедицинского профиля
3. **Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною индивидуального плана мероприятий, рекомендованных врачом.**

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма.

1. **Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1.,3. Ст. 3., ст.11 Федерального закона №152-ФЗ «о персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.**

**Меня уведомили, что клиника и ее персонал не несет ответственности за качество предоставляемыхуслуг в следующих случаях:**

1. Предоставление услуг по требованию пациента, расходящихся с предложенным врачом планомлечения, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.
2. Возникновение аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее.
3. Осложнения, возникающие по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций.
4. Переделка и коррекция работ в другом лечебном заведении.
5. Ремонт, порча и коррекция работ самим пациентом.
6. Неудовлетворительное состояние гигиены полости рта.
7. Осложнения, возникшие в зубах, лечение которых проводилось в других клиниках.

**Я получил(-а) полную информацию о состоянии моего лечения, согласен(-а) с тем что в процессемоего лечения могут быть изменения в стоимости, связанные с особенностью проведения моей операции.**

**Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы. Полученные разъяснения(ответы) понятны и удовлетворяют меня. У меня не осталось не выясненных вопросов к врачу.**

**Настоящий документ является приложением к договору возмездного оказания медицинских услуг**

**№ от « » 20 г., неотъемлемой частью медицинской карты.**

**Подпись пациента / Ф.И.О. Подпись врача / Ф.И.О. Дата « » 20**



Приложение к договору возмездного оказания медицинских услуг № \_\_ от « \_\_»\_\_\_\_\_\_20 г.

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

**Информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство ребенку (на удаление зуба).**

*(основание ст. 20-23 Ф.З. Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.)*

Я , зарегистрированный(Ф.И.О. законного представителя) по адресу:

являясь законным представителем

(Ф.И.О. ребенка) Информирован(-а) лечащим врачом о предлагаемом лечении - удалении зуба.

Я соглашаюсь с тем, что лечение моего ребенка будет проводить врач-стоматолог ООО «СК «Кристалл-Дент»

(Ф.И.О. врача)

Я уполномочиваю врача-стоматолога провести хирургическое лечение - удаление зуба моему ребенку.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемой процедурой и мог(-ла) либо отказаться от нее, либо дать свое согласие на проведение данного лечения. Доктор поставил моему

ребенку следующий диагноз

 .

В исключительных случаях: по моей просьбе или болезни врача, клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил детальное объяснения в устной форме о необходимости стоматологического

Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не

только от медицинского вмешательства, но и от состояния организма моего ребенка. Целью лечения является удаление зуба.

Стоматологическое лечение заключается в удалении инфицированного зуба, не подлежащего консервативному лечению.

В ходе лечения при наличии показаний к расширению объема вмешательства может потребоваться изменение плана лечения, а именно: при наличии гнойного очага, вскрытие и дренирование полости абсцесса.

Мне объяснили в доступной и понятной форме основной план лечения, включая ожидаемые результаты, риск и пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, а так же необходимые дополнительные исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

**Мне объяснены альтернативные варианты, а именно:**

**- отказ от проведения лечения.**

Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:

* прогрессирование воспалительного процесса, развитие осложнений: периодонтита (воспаление окружающих зуб тканей с поражением кости, вплоть до выраженного отека), периостита (воспаление надкостницы), развитие иных патологий (абсцесса, флегмоны, снижение иммунитета, возникновения респираторных заболеваний, развитие фарингита, ларингита, заболеваний желудочно-кишечного тракта);
* вовлечение в воспалительный процесс зачатка постоянного зуба (появления пятна, изменение формы, кариозное поражение недавно прорезавшегося зуба, гибель зачатка постоянного зуба);
* появление или нарастание болевых ощущений;
* потеря зуба, а ранее удаление молочных зубов может привести к затруднению или нарушению сроков прорезывания постоянных зубов, их прорезыванию со смещением, разворотом коронки зуба, смещению нижней челюсти, стойкому формированию аномалий прикуса, развитию логопедический дефектов речи. Также отсутствие зубов влияет на качество пережевывания пищи и на формирование косметических недостатков;
* некоторые нарушения общего состояния организма;
* развитие местных осложнений (у детей оно происходит быстрее чем у взрослых, что обусловлено особенностями строения и кровоснабжения челюстно-лицевой области).

Альтернативные пути лечения обдуманны мною до принятия решения о виде лечения.

Удаление зуба проводиться под местной анестезией, применение которой может привести к следующим

осложнениям, не являющимися дефектами оказания медицинской помощи: включая:

* боль, неудобство, припухлость, чувствительность к холоду и теплу;
* возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции;
* поскольку после анестезии чувствительность значительно снижена, ребенок может накусывать щеки, губы;
* возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков ( в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Меня ознакомили с факторами, влияющими на успех лечения:

1. Правильный уход пациента за полостью рта имеет решающие значение для сохранения здоровых зубов. Регулярное посещение гигиениста- 1 раз в 3-4 месяца в соответствии с индивидуальными показаниями.
2. Состояние иммунной системы пациента- способность организма сопротивляться инфекции. Способность иммунной системы противостоять инфекции - главный фактор, влияющий на быстрое выздоровление, ликвидацию очагов воспаления в

костной ткани.

1. Возраст пациента.
2. Агрессивность ( вирулентность) бактерий, их способность к внедрению в ткани организма. Очаги инфекции с высоковирулентными бактериями сложнее поддаются лечению.
3. Психологический фактор: понимание пациентом, а также его родителями или лицами, их заменяющими, важности гигиены, периодических профосмотров и выполнение всех рекомендаций.

**Я достоверно передал информацию о состоянии здоровья моего ребенка, а также понимаю необходимость выполнений всех полученных от врача рекомендаций, касающихся соблюдения гигиены полости рта, необходимости коррекции характера и режима питания, проведения консервативного лечения, в котором он будет нуждаться, и визитов в указанные сроки.**

**Я подтверждаю, что мой ребенок не состоит (состоит) на учете у узких специалистов по заболеваниям которые могут повлиять на процесс и результат лечения стоматологической патологии. \_.**

Я согласен(-а) на проведение рентгенографии при обследовании и лечении зубов, необходимой для полноценной диагностики и контроля проведенных лечебных манипуляций.

Я получил(-а) полную информацию о:

* технологии (методах) и материалах, которые будут испозованы в процессе лечения.
* всевозможных исходах лечения, а также альтернативах предложенному лечению.
* сроках проведения лечения.
* стоимости отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом 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 известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента (психо-эмоционального состояния ребенка), достоверного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Меня уведомили, что клиника и ее персонал не несет ответственности за качество предоставляемых услуг следующих случаях:

1. Предоставления услуг по требованию пациента или ЕГО РОДИТЕЛЯ, расходящемуся с предложенным врачом планомЛЕЧЕНИЯ, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.
2. Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее.
3. Осложнений, возникших по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций.
4. Переделок и исправления работ в другом лечебном заведении.
5. Ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом.
6. Истечения срока гарантии на оказанные услуги.
7. Неудовлетворительного состояния гигиены полости рта.

**Я информирован (согласно ст.79 ФЗ от 21.11.2011 №323-ФЗ) о возможности получения данного вида медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в медицинских организациях г. Красноярска и Красноярского края, участвующих в программе ОМС.**

**Я также даю согласие на обработку и передачу моих (моего ребенка) персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1.,3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ « О персональных данных», для целей оказания мне (моему ребенку) медицинских услуг.**

**Пользуясь правом, предоставленным мне законодательством Российской Федерации разрешаю давать информацию о состоянии здоровья моего ребенка только**

**следующимлицам:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО и контактный телефон лица, уполномоченного получить информацию)**

**Я удостоверяю, что текст данного информативного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня.**

**Настоящий документ является приложением к Договору возмездного оказания медицинских услуг № от « » 20 г., неотъемлемой частью медицинской карты моего ребенка.**

**Настоящим я даю согласие на осуществление лечения моему ребенку.**

**(подпись законного представителя) (собственноручно написанные ФИО)Я подтверждаю, что объяснил:**

**Врач**

**Подпись Ф.И.О. врача**

**Дата « » 20 г.**



Приложение к договору возмездного оказания медицинских услуг № \_\_ от « \_\_»\_\_\_\_\_\_20 г.

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства операция «удаление зуба»**

*(основание ст. 20-23 Ф.З. Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.)*

Я « » г.р., зарегистрированный по адресу: информирован(-а) моим лечащим врачом

 о предполагаемом лечении – **удаление зуба**.

Я осведомлен(-а) о том, что эта операция производится под местной анестезией. Я информирован(-а) о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства. Мне известно, что медицинская услуга относится ккатегории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемым методом лечения и мог(-ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение операции.

Врач указал мне на необходимость удаления зуба. Последствиями отказа от операции могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование или увеличение воспалительной деструкции костной ткани в периапикальной области, отрицательное влияние данного заболевания зуба на общее состояние моего организма.

Альтернативными методами лечения являются: отсутствие лечения как такового. Хотя данная операция имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Врач понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время и после операции, а именно:

* Кровотечение
* Нарушение чувствительности мягких тканей полости рта и лица
* Воспаление лунки удаленного зуба
* Перелом нижней челюсти при удалении зубов нижней челюсти
* Сообщение лунки удаленного зуба с верхнечелюстной пазухой

Я предупрежден(-а), что по обстоятельствам во время оперативного вмешательства может выявится необходимость в изменении или отказе от запланированного лечебного мероприятия.

Я полностью осознал(-а), что во время лечения ситуация может изменится, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата. Я осведомлен(-а) о сроках лечения, об особенностях послеоперационного периода.

Мне понятно предусмотренное лечебное мероприятие и метод лечения.

О требуемом поведении перед операцией и после нее я осведомлен(-а). После операции несколько дней может сохраняться отек тканей полости рта и лица, ограниченное открывание рта, болезненность области операции.

Я согласен(-а) регулярно посещать моего врача для осмотра.

Я согласен(-а) на необходимое рентгенологическое обследование, необходимое как до, так и после операции для полноценного лечения.

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. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии и заверения. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а так же альтернативы предложенному лечению.

Я получил(-а) полную информацию о стоимости моего лечения, согласен(-а) с тем, что в процессе моего лечения могут быть изменения в стоимости в большую или меньшую сторону, связанные с особенностью проведения моей операции.

**Я информирован(-а), (согласно ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ) о возможности получения данного вида медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в медицинских организациях г.Красноярска и Красноярского края, участвующих в ОМС.**

**Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1.,3.**

**Ст. 3., ст.11 Федерального закона №152-ФЗ «о персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.**

**Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имею. Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня. У меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.**

**Настоящий документ является приложением к договору возмездного оказания медицинских услуг**

**№ от « » 20 г., неотъемлемой частью моей медицинской карты.**

**Я согласен(-а) на проведение медицинского вмешательства- операции «удаление зуба».Подпись пациента / Ф.И.О. Подпись врача /**

 **Ф.И.О. Дата « »**

 **20 г.**