

ИНФОРМИРОВАННЫЕ ДОБРОВОЛЬНЫЕ СОГЛАСИЯ НА
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ

ООО "Немецкая медицинская клиника"

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ: на лечение кариеса

ООО "Немецкая медицинская клиника" строго руководствуется:

- Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;
- Федеральным 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 добровольное 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 _____

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

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

Диагноз:

2.1. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.2. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.3. 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);

2.4. Возможные альтернативные варианты, а именно (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):

удаление пораженного зуба (пораженных зубов), непроведение лечения, _

2.5 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: _____

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

2.7. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.8. 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.

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 потребоваться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- получение ортопантограммы, 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 и 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 _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ:

лечение корневых каналов зуба

ООО "Немецкая медицинская клиника" строго руководствуется:

- Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;
- Федеральным 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 добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба) 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) фирма 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), не проведение лечения.

2.6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное дописать, 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 замплombированных каналов зуба (ов) успех лечения значительно снижается, что связано:

- с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический 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 изготовления 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.

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 ортопантограммы, 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 и 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 _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ:
на **Хирургическое лечение**

ООО "Немецкая медицинская клиника" строго руководствуется:

- Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;
- Федеральным 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 добровольное 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 _____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма 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 (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 балансов; 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 нижней 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;

2. Мне сообщена» разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

3. Мне названы и со мной согласованы:

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

- сроки проведения лечения.

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

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

ортопантограммы, 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 и 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 _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ: на **Отбеливание зубов**

ООО "Немецкая медицинская клиника" строго руководствуется:

- Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;
- Федеральным 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 добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

Отбеливание 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 отбеливание зубов будет проводить

врач-стоматолог _____

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

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути отбеливания зубов:

2.1. Активным компонентом отбеливающих препаратов является перекись водорода.

2.2. В зависимости от состояния зубов и дёсен пациента врач индивидуально назначает вид и схему отбеливания зубов.

2.3. Эффект отбеливания зубов невозможно определить заранее в силу медицинской специфики данной процедуры.

2.4. Абсолютными противопоказаниями для проведения отбеливания зубов являются: возраст до 18 лет, беременность, кормление грудью, аллергические реакции на перекись водорода.

2.5. Перед проведением процедуры отбеливания необходимо: провести профессиональную гигиеническую чистку зубов (т.к. это непосредственно влияет на процесс отбеливания зубов) и закрыть пломбировочным материалом кариозные полости и открытые каналы зубов.

2.6. При проведении отбеливания зубов возможно появление чувствительности зубов и воспаления дёсен - эти явления носят временный характер.

2.7. При проведении отбеливания зубов с удаленным нервом (стенки таких зубов обычно истончены и ослаблены) необходимо дополнительно вводить отбеливающее вещество внутрь зуба, что может привести к появлению трещин или переломов стенок зуба.

2.8. При соблюдении рекомендаций врача в процессе отбеливания не наносится повреждение тканям зубов, т.к. все отбеливающие системы и аппараты для кабинетного отбеливания зубов прошли длительные лабораторные и клинические испытания и имеют необходимые сертификаты.

2.9. При нарушении пациентом рекомендованной врачом схемы отбеливания зубов возможно возникновение необратимых изменений в структуре зубов. В этом случае, а также в случае, когда у пациента появляются интенсивные, непроходящие боли зубов или дёсен в процессе отбеливания зубов, врач прекращает процедуру отбеливания, даже если не достигнут желаемый для пациента результат.

2.10. Окончательный цвет зубов определяется через 2 недели после завершения процедуры отбеливания.

2.11. Все инородные материалы в полости рта (пломбы, коронки, накладки) не отбеливаются, поэтому может потребоваться их замена после окончания процедуры отбеливания зубов.

2.12. Продукты, напитки, химические и лекарственные препараты, содержащие интенсивные красители, а также табакокурение могут снизить эффект отбеливания зубов или вызвать быстрый возврат прежнего цвета после проведенного отбеливания.

2.13. Длительность сохранения эффекта отбеливания зубов зависит от индивидуальных особенностей пациента и равняется в среднем от 1 года до 3 лет. В дальнейшем возможно проведение полных повторных курсов отбеливания.

2.14. Для поддержания эффекта отбеливания необходимо:

- ограничивать курение, употребление интенсивных пищевых красителей;
- по рекомендации врача проводить краткие повторные курсы домашнего отбеливания (один раз в 3-6

месяцев или реже, по показаниям);

- пользоваться специальными отбеливающими зубными пастами.

2.15. При проведении профессиональной чистки или при лечении зубов в отдельных случаях требуется применение анестезии.

Возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, затруднённое открывание рта, снижение внимания, аллергические реакции.

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

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

- невозможность предсказания достижения точного результата процедуры отбеливания;
- невозможность определения гарантийных сроков и сроков службы в отношении достигнутого результата по причине медицинской специфики процедуры отбеливания, природного (естественного) цвета зубов и особенностей организма.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе отбеливания;
- сроки проведения процедуры.

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

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

- ортопантограмма, прицельный пленочный или компьютерный снимок;
- 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 и 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 _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ:

на Пародонтологическое лечение

ООО "Немецкая медицинская клиника" строго руководствуется:

- Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;
- Федеральным 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 добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства Пародонтологическое лечение (лечение десен и мягких тканей, окружающих зубы) 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) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

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

2.1. Диагноз: _____

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план пародонтологического лечения и подготовки к нему.

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 полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное добавить, ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); появление других заболеваний, вызванных заболеванием десен

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 (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.9. Возможные осложнения в процессе лечения, а именно (ненужное зачеркнуть, нужное добавить): болевые ощущения; отек десны и мягких тканей; образование гематомы; появление или усиление подвижности зуба (зубов); увеличение атрофии альвеолярного отростка челюсти; обнажение корня зуба _____

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно: сложность предсказания конкретного

сроков гарантий по причине медицинской специфики пародонтологического лечения и индивидуальных особенностей организма каждого пациента

4. Мне названы и со мной согласованы:

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

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 ортопантограммы, 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 и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

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

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____ Дата _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ:

Зубная имплантация

ООО "Немецкая медицинская клиника" строго руководствуется:

- Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;
- Федеральным 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 добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства Зубная имплантация

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

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

2.1. Диагноз: _____

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения вследствие обстоятельств или появления имплантации или противопоказаний.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.4. Допустимость коррекции врачом намеченного плана или отказ от его осуществления (на хирургическом или ортопедическом этапе) в зависимости от ситуации, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты лечения, а именно: _____

2.6. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно (ненужное вычеркнуть, необходимое добавить):

• заболевание кости; атрофия костной ткани; воспаление десны; подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления; патология височно-нижнечелюстного сустава; головные боли; иррадирующие боли в шею сзади и в мышцы лица; утомляемость жевательных мышц;

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 (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.9. Возможные осложнения в ходе и после операции (в редких случаях), а именно (ненужное вычеркнуть): боль, отек, инфекция или изменения цвета слизистой оболочки полости рта и десны; онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов; воспаление вен; повреждение имеющихся зубов; перелом кости; открытие гайморовой пазухи; отсроченное заживление десны.

2.10. После проведения хирургического этапа имплантации (вживления имплантата и заживления десны) последует ортопедический этап (т.е. установка коронки или протеза — по ситуации и в соответствии с дополнительным планом), который в моих интересах желательно осуществлять в данной клинике.

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

гарантии на приживление имплантата в виде сроков не даются, невозможно предсказать успешность его приживления по причине медицинской специфики данной операции, особенностей десен и костной ткани пациента и реакций организма. В случае отторжения имплантата, что потребует его удаления до начала протезирования, фирма возвращает 50% от суммы за установление имплантата.

4. Мне названы и со мной согласованы:

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

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 ортопантограммы, 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 и 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 _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ:
Ортопедическое лечение

ООО "Немецкая медицинская клиника" строго руководствуется:

- Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;
- Федеральным 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 добровольное 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-стоматолог _____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма 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 (показания к протезированию): _

2.2. Допустимость уточнения диагноза (показаний к протезированию) в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план ортопедического лечения и подготовки к нему.

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 протезирования, а именно: _

2.6. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно (ненужное зачеркнуть): перелом зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения); прогрессирование зубоальвеолярных деформаций; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функций речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата зубов остаточного прикуса; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатология.

2.7. Возможные осложнения на разных этапах протезирования (нужное добавить, ненужное зачеркнуть):

- под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции;
- последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
- при снятии старых ортопедических конструкций: _
- при получении оттисков: _
- после постановки протеза, а именно: _

2.8. Необходимость через некоторое время проводить коррекцию либо переделку протеза (по ситуации) по причинам, не зависящим от работы врача, но обусловленным неизбежными изменениями в полости рта, а именно: опущение и изменение формы десны, атрофия костной ткани челюсти, стираемость поверхности зубов. (Время коррекции или переделки протеза зависит от скорости изменений в полости рта конкретного человека.)

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.

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 ортопантограммы, 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 и 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 _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ:

на Ортодонтическое лечение

ООО "Немецкая медицинская клиника" строго руководствуется:

- Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;
- Федеральным 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 добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

Ортодонтическое лечение

(исправление прикуса и неправильно стоящих 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) фирма 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 ортодонтического лечения и подготовки К нему.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий ортодонтического лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач (особенности роста и развития зубочелюстной системы детей и подростков, изменение общего состояния здоровья, беременность и т.д.).

2.5. Допустимость увеличения сроков лечения в случае нерегулярного посещения или невыполнения рекомендаций врача.

2.6. Возможные альтернативные варианты, а именно: _____

2.7. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное добавить, ненужное вычеркнуть): _____

2.8. Возможные осложнения на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, независящих от врача (ненужное зачеркнуть, нужное добавить):

- нарушения эмали зубов (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов);
- воспаление десны (кровоточивость, отечность) — вследствие плохой гигиены полости рта, снижения иммунитета или изменения гормонального фона;
- 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 аппарата и попадание его частей в дыхательные пути или

в рентгенодиагностическом кабинете будет проводить (ненужное вычеркнуть)

врач-рентгенолог или рентгенолаборант _____

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация 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 устранения повреждений зубочелюстной системы необходимо выполнение плана рентгенологического обследования:

- обязательное выполнение ортопантограммы (панорамной зонограммы зубочелюстной системы) до проведения стоматологического лечения. На основании ортопантограммы 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, ортопантограммы), 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:

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

- 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).

- желудочно-кишечный тракт — вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съемного 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 при поломке аппарата;

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

4. Мне названы и со мной согласованы:

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

- сроки проведения лечения

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

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы об условиях ортодонтического лечения и 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 _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ:
медицинского рентгенологического обследования**

ООО "Немецкая медицинская клиника" строго руководствуется:

- Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;
- Федеральным 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 добровольное 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

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 (пп. 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, сертифицированной аппаратуры (ортопантомограф, дентальный рентгеновский аппарат, радиовизиограф), которая дает минимальную, практически безопасную дозу 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 персоналу все интересующие меня вопросы о сути и условиях обследования и получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

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

Я принимаю решение осуществить рентгенологическое обследование на предложенных мне условиях.

Подпись пациента _____ Дата _____