

Информированное добровольное согласие на лечение кариеса.

Мне, ФИО, разъяснено, что причиной кариеса является инфекция в твердых тканях зуба, возникающая при неудовлетворительной гигиене, злоупотреблении сладкого.

Диагноз данных заболеваний устанавливается клинически и/или подтверждается рентгенологическими исследованиями.

Возможным методом лечения является механическая обработка кариозной полости с последующим восстановлением анатомической формы зуба пломбировочным материалом.

Мне разъяснено, что при лечении кариозных поражений зубов вследствие физиологических изменений состояния организма, снижения иммунитета, общего состояния организма, возрастных изменений кости, лечение может иметь следующие осложнения:

- Дискомфорт в области пролеченного зуба (от 1 недели до 2 месяцев).
- Лечение глубокого кариеса не всегда дает возможность предотвратить в последующем развитие воспаления пульпы (пульпит).
- При обработке кариозной полости возможны сколы стенок зуба.
- При неудовлетворительной гигиене состояние пломб может ухудшиться, что может привести к рецидиву кариеса.

27.11.2025г.

Подпись пациента/представителя (по доверенности) _____ / _____

Подпись врача _____

[illegible]

Информированное добровольное согласие пациента на эндодонтическое лечение.

Мне, Ф И О, доктор _____ сообщил, что мне показано лечение корневых каналов зуба.

Доктор разъяснил мне метод и возможные осложнения предполагаемого лечения и последствия, которые могут возникнуть при отсутствии предложенного лечения, включая перечисленные ниже:

- ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит лекарственные препараты, если сочтет это нужным;
- отечность десны в области леченного зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше;
- тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше;
- в случае недостижения положительного результата вследствие прогрессирования инфекционного процесса (очага), может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаления зуба;
- переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями пациента, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченном канале или может потребоваться их хирургическое удаление;
- перфорация корневого канала, возникшая при распломбировке ранее леченного канала зуба или лечении патологически измененного канала, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба и удалению;
- преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта.

Я даю согласие на рентгенологическое обследование до, во время и после лечения.

Я согласен на проведение метода местной анестезии, выбранного совместно с лечащим врачом.

Я понимаю, что обязан являться на назначенный контрольный осмотр в назначенное врачом время.

При лечении каналов результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов и соблюдение методик.

Я получил исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен с ним.

27 ноября 2025г.

Подпись пациента/представителя (по доверенности) _____ / _____

Подпись врача _____

**ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.**

Я Ф И О, получил (а) от лечащего врача информацию по предлагаемому мне ортопедическому лечению.

Я информирован (а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках.

Я информирован (а) о вероятном течении моего заболевания и его осложнениях при отказе от лечения (протезирования).

Я информирован (а) и понимаю, что суть ортопедического лечения несъемными конструкциями состоит в восстановлении дефектов зубов и зубных рядов коронками, вкладками, накладками, мостовидными протезами. При этом зубы обрабатываются (обтачиваются), и степени обработки зависит от материала, из которого изготавливается несъемная конструкция (металлическая коронка, пластмассовая коронка, металлокерамическая или цельнокерамическая коронка, цельнокерамическая накладка) и положения зуба в зубном ряду.

Я информирован (а) и понимаю, что для проведения ортопедического лечения необходима подготовка полости рта, а именно: снятие старых, проведение профессиональной гигиены, а также специальная ортодонтическая, хирургическая, пародонтологическая подготовка, депульпирование зубов.

Я понимаю, что успех ортопедического лечения и сроки пользования ортопедической конструкцией зависят от строгого следования рекомендациям врача.

Я информирован (а) и понимаю, что в процессе подготовки к протезированию возможно изменение клинической ситуации в полости рта и в результате этого возможна коррекция первоначального плана ортопедического лечения, о чем меня уведомит мой лечащий врач.

Я информирован (а) о том, что период привыкания к ортопедической конструкции зависит от вида протеза и индивидуальных особенностей организма пациента.

Я информирован (а) и понимаю, что в процессе обработки зубов возможны следующие осложнения: болевые ощущения в области обработанных зубов, выпадение пломб, штифтов, культевых вкладок.

Я информирован (а) и понимаю, что при ортопедическом лечении возможно появление потертостей при корректировке съемного протеза.

Я информирован (а) и понимаю, что из-за моего отказа удалять зубы (по усмотрению врача) возможно ухудшение эстетического эффекта протезирования.

Я информирован (а) и понимаю, что на беззубой челюсти возможна плохая фиксация пластинчатых съемных протезов при выраженной атрофии альвеолярных гребней.

Я информирован (а) и понимаю, что возможно изменение плана протезирования, и, как следствие, стоимости работ при несостоятельности опорных зубов или при изменении желаний пациента.

Я информирован (а) и понимаю, что сроки протезирования могут измениться.

Дата: 27 ноября 2025 г.

Подпись

пациента _____

Подпись врача _____

В связи с установлением мне диагноза:

_____ настоящим подтверждаю что:

-я проинформирован(а) о том, что достижение **полного** излечения имеющегося у меня заболевания имеющего хроническое рецидивирующее течение возможно, только в результате удаления пораженного зуба\зубов с дальнейшим рациональным протезированием,

- я проинформирован(а) о возможности лечения имеющегося заболевания не связанного с удалением пораженного зуба\зубов и согласен(на) с тем, что мне будет оказана стоматологическая услуга по консервативному лечению имеющегося у меня заболевания, в целях возникновения периода ремиссии в течение имеющегося у меня заболевания, при этом под периодом ремиссии я понимаю временный период ослабления либо исчезновения у меня признаков имеющегося заболевания либо временное приостановление развития заболевания;

- понимаю и соглашаюсь с тем, что учитывая характер моего заболевания и при качественном оказании мне стоматологической услуги, период ремиссии в течение моего заболевания может не наступить, а при его возникновении в результате проведенного лечения длительность его не может быть заведомо предопределена;

- понимаю и согласен(на) с тем, что качество оказываемой мне стоматологической услуги определяется соответствием действий врача по лечению имеющегося у меня заболевания требованиям, предъявляемым к таковым нормативно-правовыми актами РФ, регламентирующими консервативное лечение при данном виде заболевания, а при отсутствии нормативного регулирования, современными представлениями медицинской науки о консервативном лечении данного заболевания, а не самим фактом возникновения периода ремиссии в результате проведенного лечения либо ожидаемой мной продолжительностью периода ремиссии;

- учитывая характер моего заболевания, я осознаю, что при не достижении целей стоматологической услуги, либо по окончании достигнутого в результате лечения периода ремиссии мне потребуется повторное консервативное, а по показаниям и хирургическое лечение в объеме удаления пораженного зуба\зубов с дальнейшим рациональным протезированием, что может повлечь дополнительные денежные затраты.

Понимая и безоговорочно принимая все вышеизложенное, я согласен(на) оплатить стоимость стоматологических услуг по консервативному лечению заболевания в соответствии с Прейскурантом ООО «Елена Прекрасная»

27 ноября 2025

Пациент: _____\Ф И. О. \

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА СНЯТИЕ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ У/З АППАРАТОМ.**

Мне, Ф И О, доктор _____ сообщил, что показано снятие поддесневых и наддесневых зубных отложений в полости рта.

Мне разъяснили и мне понятно, что после снятия з/отложений возможны:

- появление повышенной чувствительности зубов, в том числе усиление чувствительности зубов на дефектах пломб и незащищенных участках дентина – обнаженных корнях, трещинах зубов, кариозных полостях, требующих применения дополнительных клинических методов снижения чувствительности;

- возникновение болезненных ощущений в области десневого края, покраснение, жжение десен;

- временное развитие кровоточивости десен;

- выпадение несостоятельных пломб.

Учитывая естественный процесс возникновения зубного налета, достигаемый положительный эффект от процедуры снятия зубных отложений непостоянен; при этом длительности сохранения полученного результата зависит от качества гигиены полости рта, индивидуальных особенностей организма Пациента: в том числе особенностей зубной эмали, особенностей питания, приема лекарственных препаратов, минерального состава слюны.

Я обязан ознакомить лечащего врача со своими сопутствующими заболеваниями, перечислить медикаменты, которые принимаю.

Я даю согласие на рентгенологическое обследование до, во время и после лечения.

Я согласен на проведение метода местной анестезии, выбранного совместно с лечащим врачом.

Дата: 27 ноября 2025г.

Подпись пациента _____ / Ф И О

Подпись врача _____

Дата П/Г	Проведено	Ортодонтия	ФИО врача	Подпись пациента

на лечение кариеса молочных зубов, зубов сменного прикуса.

Я, _____, как законный представитель моего сына\дочери Ф И О соглашаюсь с тем, что лечение ребенка будет проводить врач-стоматолог _____.

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

4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его

[illegible]

на лечение осложненных форм кариеса молочных зубов.

Я, _____, как законный представитель моего сына\дочери Ф И О, соглашаюсь с тем, что лечение ребенка будет проводить врач-стоматолог _____.

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

1. Диагноз: _____
2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.
4. Возможность коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
5. Возможные альтернативные варианты, а именно:
 - а. удаление пораженного зуба (пораженных зубов);
 - б. непроведение лечения;
 - с. _____
6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование воспалительного процесса; переход воспаления на зачаток постоянного зуба; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; некоторые нарушения общего состояния организма; развитие осложнений (у детей оно происходит быстрее, чем у взрослых, что обусловлено особенностями кровоснабжения челюстно-лицевой области).
7. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции. Поскольку после анестезии чувствительность тканей значительно снижена, ребенок может накусать щеки, губы.
8. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов;
нарушение состава кишечной микрофлоры.
9. Возможные осложнения в процессе и после лечения, связанные с методом лечения молочных зубов, а именно: а. определенный процент неэффективного лечения молочных зубов по причине его медицинской специфики, а также индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья; б. необходимость хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба.

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

11. После лечения осложненных форм кариеса необходимо восстановление верхней части зуба, т.е. постановка пломбы и коронки (если зуб разрушен более чем на 50%). Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Мне сообщены, разъяснены и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения;

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

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования: • получение прицельного компьютерного снимка; • консультация врача иного 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.

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.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента / _____ /

Подпись врача / _____ /

Дата 27 ноября 2025 г.

[illegible]

Добровольное информированное согласие на проведение профилактической герметизации фиссур зуба

Мне _____, врач _____ сообщил(а), что

(моему сыну, дочери) Ф И О

Рекомендовано проведение герметизации (запечатывание) фиссур _____ зуба (ов).

Доктор разъяснил мне преимущества лечения, метод и способ выполнения предложенного лечения.

Я понимаю, что цель лечения — запечатывание фиссур, для предотвращения ретенции (задержки) пищевых остатков в фиссурах зуба и развития кариеса.

Я понимаю, что риск развития кариеса обуславливается уровнем общего и местного иммунитета, состояние обмена веществ, качеством гигиены полости рта. Герметизация зуба не предотвращает развитие кариеса на контактной поверхности зуба.

Я получил (а) исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен (а) с ним.

Подпись пациента (представителя) _____

Подпись врача _____

Дата 27 ноября 2025 г.

**Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство
(Ортодонтическое лечение – снятие брекет-системы и установка/изготовление
съёмного/несъёмного ретенционного аппарата)**

г. Санкт-Петербург

« ____ » _____ 20__ г.

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество гражданина, законного представителя)
даю информированное добровольное согласие на предложенное мне или лицу, чьим законным
представителем я являюсь (нужное подчеркнуть) _____

(фамилия, имя, отчество, лица, от имени которого, выступает законный представитель)

на медицинское вмешательство- **ортодонтическое лечение (снятие брекет-системы и
установка/изготовление съёмного/несъёмного ретенционного аппарата).**

Мне сообщено, что проводить лечение будет специалист соответствующей квалификации с применением
им качественных материалов и инструментов и соблюдением методик.

Я соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач-ортодонт: _____.
В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может
заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября
2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей
волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его
проведения, а именно о нижеследующем.

Я согласен(на) со снятием несъёмной ортодонтической аппаратуры (брекет-системы), так как меня
устраивает полученный эстетический и функциональный результат лечения. Также я проинформирован(а)
врачом-ортодонтом о необходимости изготовления ретенционного аппарата:

- съёмного _____ ;
- несъёмного _____ ,

после снятия брекет-системы, чтобы избежать возврата к прежнему состоянию.

Я ознакомлен(а) с вариантами изготовления ретенционных аппаратов и мною выбран вариант, который
гарантирует при правильном использовании и уходе удержание достигнутого результата.

Я понимаю необходимость повторных осмотров у врача-ортодонта по окончании лечения (через 3 месяца,
6 месяцев, 1 год, ежегодно).

Я проинформирован(а) о том, что снятие брекет-системы, а также изготовление ретенционных аппаратов
является следующим этапом лечения, который оплачивается дополнительно, по ценам прейскуранта согласно
плану лечения.

Я также понимаю необходимость регулярных осмотров по окончании лечения.

Я уведомлен (а), что невыполнение выше указанных требований может привести к снижению качества
стоматологических услуг, удлинению сроков ортодонтического лечения, возникновению возможных
нежелательных эффектов ортодонтического лечения, что обусловит невозможность достижения ожидаемого
эффекта ортодонтического лечения.

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

Я понимаю, что заключительным этапом ортодонтического лечения после окончания активного периода
является **ретенционный период** и достижение ожидаемого эффекта ортодонтического лечения возможно
только при применении ретенционного аппарата в течение всего периода необходимого для закрепления
ортодонтического лечения.

Я уведомлен(а), что для сохранения ортодонтического результата и здоровья зубов и полости рта нужно проводить профессиональную гигиену полости рта один раз в 6 месяцев.

Я предупрежден(а), что отказ от ношения ретенционного аппарата, а также его неправильное использование могут обусловить рецидив имевшийся у пациента патологии прикуса, снижение качества стоматологических услуг и удлинение сроков ортодонтического лечения.

Я согласен(на), что контроль за ношением ретенционного аппарата будет осуществлять **врач- ортодонт** _____ в соответствии с графиком плановых посещений. Контроль осуществляется только при очных визитах пациента в клинику.

Я предупрежден(а), что консультации и приемы не осуществляются дистанционно (Skype\WhatsApp\Telegram\Viber\Mail и др.)

Я понимаю, что ортодонтическое лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально и, как любая медицинская манипуляция, не может иметь 100% гарантии успеха, даже, при идеальном выполнении всех этапов.

Я уведомлен(а) о том, что переломы, трещины ортодонтических (съемных\несъемных\ ретенционных) аппаратов, приварка или приклейка новых элементов, замена утерянных и/или отклеившихся брекетов, возникшие в процессе ортодонтического лечения, а также изготовление нового ретенционного аппарата -не относятся к гарантийным случаям и оплачивается отдельно.

Я уведомлен(а), что с целью предупреждения поломки ортодонтического ретенционного аппарата и для достижения положительного эффекта в процессе ортодонтического лечения, рекомендуется не принимать в пищу продукты и напитки, повышающие риск возникновения кариеса, заболевания десен и способствующие нарушению фиксации ортодонтической конструкции:

- очень горячие/холодные продукты;
- продукты и напитки с повышенной кислотностью;
- жевательная резинка, ириски, халва;
- орехи, сушки, сухари;
- откусывать большие куски от твердых овощей/фруктов и иных продуктов, требующих нагрузки при откусывании.

Я поставлен(а) в известность о том, что в связи с наличием высокой степени риска возникновения осложнения проведенного ортодонтического лечения установление гарантийных сроков по данному виду работы невозможно.

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

Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг.

Я информирован(а), что результат любого медицинского вмешательства в силу специфики медицинской услуги зависит от скоординированных с медицинскими работниками ответных действий с моей стороны, направленных на обеспечение безопасности в данном случае предполагаемого ортодонтического лечения.

Поэтому в моих интересах сообщить врачу правдивые сведения обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе:

- об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов;
- обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях;
- о перенесенных инфекционных заболеваниях (гепатит А, гепатит Б, гепатит С, венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, герпес);
- об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности;
- о принимаемых лекарственных средствах;
- о наследственности;
- об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;
- о наблюдении у психиатра/психотерапевта;
- о проведении косметологических (инъекционных и не инъекционных) процедур в области головы и шеи в период за 30 дней до/во время/в течении 30 дней после запланированных манипуляций.

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

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета (в том числе о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях, и аллергических реакциях) заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Для женщин: Беременность ____ ДА ____ НЕТ на момент проведения манипуляции

СОГЛАСИЕ:

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

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

Врач _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО врача- стоматолога) (подпись)

Сведения о выбранных мною лицах, которым может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) (Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

_____ (ФИО гражданина) _____ (контактный телефон)

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего стоматологического вмешательства, дал(а) ответы на все вопросы.

Врач _____ « ____ » _____ 20__ г.
(ФИО врача- стоматолога) (подпись)

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
«Ортодонтическое лечение с применением элайнеров».**

Настоящее согласие разработано в соответствии с требованиями ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(Ф.И.О. пациента либо законного представителя пациента - полностью, год рождения)

Паспорт серия _____ № _____ выдан _____

Являюсь законным представителем

(Ф.И.О. пациента, не достигшего возраста 16 лет либо признанного недееспособным)

даю согласие на медицинское вмешательство - ортодонтическое лечение с применением элайнеров в объеме и порядке предусмотренном договором и планом лечения.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

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

Я информирован(а) о предполагаемом плане лечения, существующих утверждённых методиках лечения, используемых лекарственных препаратах.

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

Все указанные изменения и дополнения будут назначаться мне заблаговременно и разъясняться.

Мне была предоставлена следующая информация:

Элайнеры представляют собой набор выполненных из прозрачной пластмассы съёмных, капп, изготовленных индивидуально, понемногу сдвигающих зубы в требуемое положение.

Ортодонтическое лечение может способствовать сохранению здоровья зубов и созданию красивой улыбки, тем не менее, ортодонтическое лечение (в т.ч. и ортодонтическое лечение с использованием элайнеров) имеет свои ограничения и потенциальные риски, которые необходимо рассмотреть и оценить перед началом лечения.

Порядок проведения процедуры:

Перед оказанием ортодонтического лечения проводят обследование, включающее получение рентгенограмм и фотографий. Лечащий врач производит снятие оттисков или внутриротовые сканы зубов и отправляет в лабораторию для изготовления комплекта индивидуальных элайнеров. Общее количество элайнеров будет варьироваться в зависимости от степени аномалии прикуса и плана лечения. Врач выдает вам пронумерованные элайнеры вместе с инструкциями по их применению. Элайнеры следует носить 20-22 часа в день (если иное не указано в инструкциях врача), снимая их только для того, чтобы поесть, почистить зубы щеткой и нитью. Переход на использование новых элайнеров обычно происходит каждые две недели или по указанию врача. Продолжительность лечения зависит от сложности назначений вашего врача.

Посещать врача необходимо каждые 6-8 недель для отслеживания хода лечения.

Некоторым пациентам могут потребоваться эстетические аттачменты и/или эластичные компоненты для обеспечения определенных движений зубов. После применения начального набора элайнеров может потребоваться выполнение дополнительных оттисков или внутриротовое сканирование и/или оптимизация лечения.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях:

Предсказуемые факторы, которые могут повлиять на исход ортодонтического лечения:

- невыполнение рекомендаций и назначений специалистов Исполнителя, пропуски посещений (осмотров) могут не только удлинить время лечения, но и негативно сказаться на окончательном результате.

- плохая гигиена полости рта во время ношения аппаратуры, употребление пищи со значительным содержанием сахара увеличивает риск развития кариеса, пародонтита и декальцификации зубов (возникновения белых точек).

- ношение эластичной тяги (силы, которые прикладываются к зубам для того, чтобы переместить их в правильное положение). Продолжительность и аккуратность их ношения влияет на результат лечения. Четко следуйте рекомендациям врача-ортодонта.

Непредсказуемые факторы, которые могут повлиять на исход ортодонтического лечения:

- невыполнение инструкций, касающихся ношения устройства в течение определенного количества часов в сутки и использования продукта согласно назначению врача, пропуск визитов к врачу, наличие растущих зубов или зубов необычной формы могут увеличить время лечения и повлиять на возможность достижения желаемых результатов;

- После перехода к использованию следующего элайнера в наборе возможна болезненность зубов;

- Возможно появление царапин и раздражения на деснах, щеках и губах;

- Зубы могут изменить положение после лечения. После завершения лечения необходимо соблюдение ретенционного периода- ношения ретенционной аппаратуры. В случае несоблюдения ретенционного периода зубы могут изменить положение после лечения;

- Разрушение зубов, пародонтоз, воспаление десен или появление пятен на зубах (например, декальцификация) возможны в случае, если пациент употребляет пищу или напитки, содержащие сахар, и при этом не чистит зубы зубной щеткой и нитью надлежащим образом перед тем, как надеть каппы, или не придерживается правил гигиены полости рта и профилактики;

- Ношение элайнеров может временно повлиять на речь, однако любые нарушения речи, вызванные ношением элайнеров, должны исчезнуть в течение одной или двух недель;

- Элайнеры могут вызвать временное увеличение слюноотделения или сухость во рту, а некоторые лекарственные препараты могут усилить этот эффект;

- Аттачменты — это имеющие цвет зубов «кнопки», которые могут прикрепляться к одному или нескольким зубам в процессе лечения для содействия движению зубов и/или удержанию на месте приспособления. Использование аттачментов может сделать более заметным то, что вы проходите лечение. Они будут удалены после завершения лечения;

- Возможно выпадение аттачментов; в этом случае их необходимо заменить.

- Может потребоваться межапроксимальное реконтурирование или изменение формы зуба для освобождения пространства, необходимого для выравнивания зубного ряда;

- Прикус может измениться в ходе курса лечения и может привести к временному дискомфорту для пациента.

- В редких случаях возможен незначительный поверхностный износ элайнера, если пациент скрежетает зубами, или в местах тесного соприкосновения зубов, однако, как правило, при сохранении целостности и прочности элайнера, это не является проблемой.

- По окончании ортодонтического лечения может потребоваться корректировка прикуса.

- Зубы необычной формы, растущие и/или отсутствующие зубы могут повлиять на адаптацию элайнера и возможность достижения желаемых результатов.

- Лечение сложных случаев дизокклюзий, перекрестной окклюзии и/или скелетно узкой челюсти может потребовать дополнительное лечение, помимо применения элайнеров.

- Дополнительное ортодонтическое лечение, в т.ч. с использованием прикрепленных кнопок, межчелюстных тяг, вспомогательных приспособлений/стоматологических устройств (например, временных креплений,

- секционных несъемных устройств) и/или восстановительных стоматологических процедур могут потребоваться для осуществления более сложных планов лечения, в которых элайнеров может быть недостаточно для достижения желаемого результата.

- Перекрывавшиеся в течение длительного времени зубы могут оказаться лишенными десневой ткани ниже межапроксимального контакта после выравнивания зубного ряда, что приведет к появлению «черного треугольника».

- Элайнеры не являются эффективными для перемещения зубных имплантатов.

- Общее медицинское состояние и прием лекарственных препаратов может повлиять на ортодонтическое лечение;

- Возможно ухудшение состояния костей и десен, которые поддерживают зубы;

- Для коррекции значительной скученности зубов и дисбаланса челюстей перед началом лечения с применением элайнеров может потребоваться хирургическая коррекция. В этом случае перед началом лечения необходимо принять во внимание риски, связанные с анестезией и послеоперационным восстановлением;

- Возможно ухудшение состояния ранее травмированного или подвергшегося значительному восстановлению зуба. В редких случаях возможно сокращение долговечности зуба, может появиться необходимость в его дополнительном лечении, например, эндодонтическом, и/или его восстановлении, либо возможна потеря зуба;

- Возможно смещение имеющихся элементов реставрации (например, коронок), в результате которого может потребоваться повторное цементирование или, в некоторых случаях, их замена;

- Короткие клинические коронки могут создавать проблемы с удержанием приспособления на месте и препятствовать движению зуба;

- Во время ортодонтического лечения возможно уменьшение длины корней зубов, которое может отрицательно сказаться на их долговечности;

- Поломка продукта более вероятна у пациентов со значительной скученностью зубов или несколькими отсутствующими зубами;

- Возможно случайное проглатывание или вдыхание ортодонтических приспособлений или их частей;

- В редких случаях возможно возникновение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, к симптомам которого относится боль в суставе, головная боль или боль в ушах;

- Могут возникнуть аллергические реакции;

- Зубы, не покрытые, по меньшей мере частично, элайнером, могут чрезмерно вырасти;

- В редких случаях у пациентов с наследственным ангионевротическим отеком (НАЕ), являющимся генетическим расстройством, может наблюдаться острое локальное набухание подкожных тканей, в т.ч. и гортани. Развитие отека Квинке может вызываться незначительными стимулами, включая стоматологические процедуры.

Альтернативные методы лечения: лечение с помощью брекет-системой.

Я предупрежден(а) о поведении в период амбулаторного лечения, мной получены и поняты рекомендации врача о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры и исследования. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого исполнитель не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и медицинскому центру.

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

Мне разъяснено, что платная медицинская услуга по ортодонтическому лечению с применением элайнеров оказываются на основании предоплаты. Я понимаю, что в случае досрочного прекращения лечения произошедшего по моей инициативе денежные средства за заказные и/или изготовленные элайнеры не возвращаются.

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

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны нештатные ситуации разного рода, предвидеть которые в момент оформления данного документа невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью.

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

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

Лечащий врач _____ / _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент _____ / _____ (подпись, Ф.И.О.)

« _____ » _____ 20 _____ г.

**Добровольное информированное согласие
на дентальную имплантацию (имплантацию зубов)**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю добровольное согласие на проведение мне / лицу законным представителем которого являюсь следующего медицинского вмешательства: на проведение дентальной имплантации (имплантации зубов): _____.

Настоящее согласие дано ООО «Елена Прекрасная».

На проведение вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю врача – _____.

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(лась) с предлагаемым лечением и, в соответствии со своей волей, мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Я информирован(а) о цели и сущности хирургического вмешательства, его стоимости и продолжительности. Альтернативы этому виду лечения мне были предложены, но я предпочитаю имплантацию для надёжного замещения отсутствующего зуба (зубов).

Я проинформирован(а) врачом об альтернативных методах медицинского вмешательства и выражаю согласие с предложенным планом лечения.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга не может быть оказана по программе обязательного медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объеме и на условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС.

Я информирован(а) о том, что протезирование на дентальных имплантатах является методом, предложенным в клинических рекомендациях (протоколах лечения) при диагнозах «частичное отсутствие зубов» (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита), «полное отсутствие зубов» (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита).

Я информирован(а) о том, что если ничего не предпринимать (не замещать потерянные зубы, в частности с помощью имплантатов), то может произойти потеря кости челюстей, ухудшение условий для фиксации протезов, воспаление дёсен, подвижность зубов, смещение имеющихся зубов, возможно, даже приводящие к удалению зубов. Так же возможны нарушения в височно-нижнечелюстном суставе, боли в области шеи, головы, лицевых и жевательных мышц, утомляемость их при жевании.

Я информирован(а) о необходимости предварительной профессиональной гигиены и санации полости рта, рентгенологического и клинического обследования, которые могут потребоваться в процессе лечения.

Я информирован(а) о том, что для оптимального размещения имплантата в челюстной кости в ряде случаев необходимо проводить увеличение объема костной ткани костной пластикой или введением костно-замещающих препаратов. Я информирован(а) о том, что костная ткань в донорской области через несколько месяцев восстанавливается полностью без наступления необратимых последствий для анатомии и функции донорских участков. Меня проинформировали о том, что после операции необходимо ограничить физическую и функциональную нагрузку донорских областей в течение первого месяца после операции. Я не возражаю против проведения забора костной ткани из внутриротовой донорской области.

Меня проинформировали о возможных последствиях, а именно;

Подпись пациента/законного представителя _____

- аллергические реакции;
- кровотечение;
- нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что иногда потребует отказаться от продолжения операции и выполнения её через два месяца;
- послеоперационные дискомфорт, отёк мягких тканей, болезненность, но эти симптомы обратимы. Полное исчезновение всех симптомов происходит через 3 недели или больше;
- послеоперационные осложнения: инфицирование раны и верхнечелюстной пазухи, кровотечение из раны в полости рта или из носа, гематома мягких тканей (синяки), временное или постоянное онемение дёсен, зубов верхней челюсти и нёба в области вмешательства, утрата костного материала, экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления, формирование соустья между пазухой и полостью рта, отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем, усугубление патологии ВНЧС при её наличии;
- нарушение состава кишечной микрофлоры, связанное с приемом антибиотиков при их назначении.

Я информирован(а) о том, что курение, потребление алкоголя могут отразиться на заживлении дёсен и успешности имплантации. Я информирован(а) о необходимости следовать инструкциям лечащего врача по домашнему уходу за послеоперационной областью, имплантатами. Я информирован(а) об обязанности поддерживать хороший уровень гигиены полости рта и отказаться от злоупотребления курением, следовать рекомендациям врача.

Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Я информирован(а) о том, что спустя 2-4 месяца на нижней челюсти и 3-5 месяцев на верхней челюсти после операции имплантации (под контролем рентгенологического обследования) производится установка формирователей десны – процедура, относящаяся к хирургическому этапу и являющаяся своего рода переходом к этапу протезирования.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций лечащего врача.

Я информирован(а) о необходимости контрольных осмотров лечащего врача-стоматолога (не реже одного раза в год) и повторной профессиональной гигиены (не реже одного раза в год).

Я информирован(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п.). Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. Мне известно, что возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма. Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход операции.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма, в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

Со мной согласованы технологии, методы и биоматериалы, которые будут использованы при лечении, сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур и лечения в целом.

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я понимаю, что при изменении моего состояния или появлении новой информации о моем состоянии может появиться необходимость корректировки плана лечения для лучшего удовлетворения моих интересов. Я даю разрешение

привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья / лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), _____

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента/представителя (по доверенности) _____ / _____

Подпись врача: _____ / _____