ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на <u>терапевтическое лечение зуба</u>

Я, **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**, нахожусь на лечении у врача_____

Проинформирован(на), о том, что терапевтическое лечение зуба_____ по диагнозу_____ невозможно. Доктор уведомил меня о возможных последствиях и осложнениях. От удаления зуба ____ отказываюсь, настаиваю на терапевтическом лечении.

В случае возможных осложнений и обострении, и как следствие, удаление зуба претензий иметь не буду.

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне терапевтического лечения в ООО «Алёна Стоматологическая клиника».

_____✓_____{ФАМИЛИЯИмяОтчество}

(подпись)

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на ортопедическое лечение

Я, **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**, врачом _____,
предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом ортопедическом лечении.

Ортопедическое лечение имеет своей целью долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию.

Я ознакомлен 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 протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа). Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба, при отказа от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта; анестезии, обработки зубов, снятии оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи.

При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.

Я проинформирован(а) о том, что при постановке временной конструкции возможна ее поломка и расцементировка.

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

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

Я проинформировал врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

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

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

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

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Выбранная конструкция:

_____

_____

_____Со мной согласована **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**_____
(подпись)

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне ортопедического лечения в ООО «Алёна Стоматологическая клиника».

_____✓_____{ФАМИЛИЯИмяОтчество}
(подпись)

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на ортодонтическое лечение

Я, **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**,
врачом _____
проинформирован и мне предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом ортодонтическом лечении.

Ортодонтическое лечение проводится с целью лечения и профилактики зубочелюстных патологий, в том числе исправления прикуса, а также в эстетических целях, является эффективным способом устранения дефектов и аномалий положения отдельных зубов, зубных рядов, челюстей. Лечение ортодонтической патологии у детей достигается за счет перемещения зубов и зубных рядов и влияния на рост челюстей в правильном направлении, лечение взрослых осуществляется посредством перемещения зубов и зубных рядов. Ортодонтическое лечение является этапным, сроки ортодонтического лечения зависят от тяжести зубочелюстной аномалии пациента и возраста последнего.

Длительность ортодонтического лечения индивидуальна и зависит от возраста Пациента, состояния пародонта, индивидуальных особенностей перемещения зубов в процессе ортодонтического лечения, сложности и степени выраженности исходной патологии, плана лечения, сроков активного периода лечения, наличия у пациентаобщесоматических заболеваний, наличия не устраненных функциональных нарушений, конструктивных особенностейиспользуемого ортодонтического аппарата, тщательности соблюдения рекомендаций лечащего врача.**В связи с этимдлительность ортодонтического лечения не может быть установлена точно. Ориентировочно она указывается в планелечения Пациента.**

После прорезывания большинства постоянных зубов наиболее адекватным средством лечения для достижениякачественного результата является брекет-система (несъемный ортодонтический аппарат).

В процессе ортодонтического лечения будут выполняться рентгеновские снимки (обычно от 3 до 5 снимков).

После завершения активного периода ортодонтического лечения и снятия брекет-системы, начинается так называемыйретенционный период, направленный на закрепление результатов лечения. При этом необходимо ношение одночелюстногоили двучелюстногоретенционного аппарата (съемного и/или несъемного) в течение срока, необходимого для закрепленияpезультатов ортодонтического лечения и при желании для поддержания зубов ровными в отдаленные сроки. Длительностьретенционного периода индивидуальна и зависит от возраста Пациента, состояния пародонта, индивидуальных особенностейперемещения зубов в процессе ортодонтического лечения, сложности и степени выраженности исходной патологии, сроковактивного периода лечения, наличия у пациента общесоматических заболеваний, наличия неустраненных функциональных нарушений, конструктивных особенностей используемого аппарата, в связи с чем наличие гарантийных обязательств иустановление гарантийных сроков по данному виду лечения невозможно. Сохранение ровных зубных рядв возможнотолько в период ношения ретенционного аппарата. Сроки ретенционного периода для нижнего зубного ряда длительные. Этосвязано с тем, что согласно научным исследованиям движение зубов и их небольшое «искривление» происходит с возрастому большинства людей (в том числе никогда не носивших брекеты). Это особенно касается нижних зубов и это норма.Поэтому долгосрочная ровность нижних зубов может поддерживаться искусственно, только при наличии несъемногоретейнера в случае адекватного ухода за ним**. Сроки ретенционного периода указываются в плане лечения иразъяснены Пациенту еще до начала ортодонтического лечения.** Отказ от ношения ретенционного аппарата, а также егонеправильное использование могут обусловить рецидив имевшейся у пациента аномалии (деформацию и ротацию отдельныхзубов и зубных рядов, появление скученности зубов, деформации прикуса уже после снятия брекетов), привести кнеобходимости повторного лечения за счет Пациента.

В период ортодонтического лечения также **необходимо тщательное соблюдение гигиены полости рта.** Проведениесамостоятельных гигиенических процедур (**чистки зубов**) с применением лечебно-профилактических фторсодержащихзубных паст, ополаскивателей, специальных зубных щеток с V-образным вырезом на щетине, ершиков, флоссов,ирригаторов необходимо **после каждого приема пищи**. Кроме ежедневной гигиены, **раз в несколько месяцев необходимопроводить профессиональную чистку полости рта в кабинете у стоматолога**, а также регулярно посещать врача-гигиениста. Несоблюдение указанных рекомендаций может повлечь нежелательные побочные последствия, выражающиеся вдеминерализации эмали зубов, развитии кариозного процесса на участках фиксации ортодонических конструкций, а такжеразвитии гипертрофического гингивита (воспалительного процесса в области десен), сопровождающихся кровоточивостью,болезненностью, припухлостью десен.

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на ортодонтическое лечение

Я,**{Родитель}**_____,
законный представитель , **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**,
врачом _____
проинформирован и мне предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом ортодонтическом лечении.

Ортодонтическое лечение проводится с целью лечения и профилактики зубочелюстных патологий, в том числе исправления прикуса, а также в эстетических целях, является эффективным способом устранения дефектов и аномалий положения отдельных зубов, зубных рядов, челюстей. Лечение ортодонтической патологии у детей достигается за счет перемещения зубов и зубных рядов и влияния на рост челюстей в правильном направлении, лечение взрослых осуществляется посредством перемещения зубов и зубных рядов. Ортодонтическое лечение является этапным, сроки ортодонтического лечения зависят от тяжести зубочелюстной аномалии пациента и возраста последнего.

Длительность ортодонтического лечения индивидуальна и зависит от возраста Пациента, состояния пародонта, индивидуальных особенностей перемещения зубов в процессе ортодонтического лечения, сложности и степени выраженности исходной патологии, плана лечения, сроков активного периода лечения, наличия у пациентаобщесоматических заболеваний, наличия не устраненных функциональных нарушений, конструктивных особенностейиспользуемого ортодонтического аппарата, тщательности соблюдения рекомендаций лечащего врача.**В связи с этимдлительность ортодонтического лечения не может быть установлена точно. Ориентировочно она указывается в планелечения Пациента.**

После прорезывания большинства постоянных зубов наиболее адекватным средством лечения для достижениякачественного результата является брекет-система (несъемный ортодонтический аппарат).

В процессе ортодонтического лечения будут выполняться рентгеновские снимки (обычно от 3 до 5 снимков).

После завершения активного периода ортодонтического лечения и снятия брекет-системы, начинается так называемыйретенционный период, направленный на закрепление результатов лечения. При этом необходимо ношение одночелюстногоили двучелюстногоретенционного аппарата (съемного и/или несъемного) в течение срока, необходимого для закрепленияpезультатов ортодонтического лечения и при желании для поддержания зубов ровными в отдаленные сроки. Длительностьретенционного периода индивидуальна и зависит от возраста Пациента, состояния пародонта, индивидуальных особенностейперемещения зубов в процессе ортодонтического лечения, сложности и степени выраженности исходной патологии, сроковактивного периода лечения, наличия у пациента общесоматических заболеваний, наличия неустраненных функциональных нарушений, конструктивных особенностей используемого аппарата, в связи с чем наличие гарантийных обязательств иустановление гарантийных сроков по данному виду лечения невозможно. Сохранение ровных зубных рядв возможнотолько в период ношения ретенционного аппарата. Сроки ретенционного периода для нижнего зубного ряда длительные. Этосвязано с тем, что согласно научным исследованиям движение зубов и их небольшое «искривление» происходит с возрастому большинства людей (в том числе никогда не носивших брекеты). Это особенно касается нижних зубов и это норма.Поэтому долгосрочная ровность нижних зубов может поддерживаться искусственно, только при наличии несъемногоретейнера в случае адекватного ухода за ним**. Сроки ретенционного периода указываются в плане лечения иразъяснены Пациенту еще до начала ортодонтического лечения.** Отказ от ношения ретенционного аппарата, а также егонеправильное использование могут обусловить рецидив имевшейся у пациента аномалии (деформацию и ротацию отдельныхзубов и зубных рядов, появление скученности зубов, деформации прикуса уже после снятия брекетов), привести кнеобходимости повторного лечения за счет Пациента.

В период ортодонтического лечения также **необходимо тщательное соблюдение гигиены полости рта.** Проведениесамостоятельных гигиенических процедур (**чистки зубов**) с применением лечебно-профилактических фторсодержащихзубных паст, ополаскивателей, специальных зубных щеток с V-образным вырезом на щетине, ершиков, флоссов,ирригаторов необходимо **после каждого приема пищи**. Кроме ежедневной гигиены, **раз в несколько месяцев необходимопроводить профессиональную чистку полости рта в кабинете у стоматолога**, а также регулярно посещать врача-гигиениста. Несоблюдение указанных рекомендаций может повлечь нежелательные побочные последствия, выражающиеся вдеминерализации эмали зубов, развитии кариозного процесса на участках фиксации ортодонических конструкций, а такжеразвитии гипертрофического гингивита (воспалительного процесса в области десен), сопровождающихся кровоточивостью,болезненностью, припухлостью десен.

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на снятие брекет-системы

Я, **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**,
врачом _____
проинформирован и мне предоставлена вся интересующая меня информация
об окончании ортодонтического лечения.

Я даю свое согласие на снятие брекет-системы.

_____

Я проинформирован(а) о ретенционном периоде, в течение которого я обязуюсь носить ретенционный аппарат и соблюдать все назначения врача.

Я понимаю, что в случае нарушения мною рекомендаций врача, графиков профилактического осмотра и курсов профессиональной чистки зубов, ответственность за ухудшение моего стоматологического здоровья в постлечебном периоде ложиться на меня.

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Дополнительных условий мною не выдвигается.
Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне ортодонтического лечения в виде снятия брекет - системы в ООО «Алёна Стоматологическая клиника».

Подпись пациента (законного представителя)_____✓/ {ФАМИЛИЯИмяОтчество}

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на снятие брекет-системы

Я,**{Родитель}**_____,
законный представитель, **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**,
врачом _____
проинформирован и мне предоставлена вся интересующая меня информация
об окончании ортодонтического лечения.

Я даю свое согласие на снятие брекет-системы.

_____

Я проинформирован(а) о ретенционном периоде, в течение которого я обязуюсь носить ретенционный аппарат и соблюдать все назначения врача.

Я понимаю, что в случае нарушения мною рекомендаций врача, графиков профилактического осмотра и курсов профессиональной чистки зубов, ответственность за ухудшение моего стоматологического здоровья в постлечебном периоде ложиться на меня.

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Дополнительных условий мною не выдвигается.
Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне ортодонтического лечения в виде снятия брекет - системы в ООО «Алёна Стоматологическая клиника».

Подпись пациента (законного представителя)_____✓/***{Родитель}***/

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ от « » _____20 г.
К ДОГОВОРУ ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ УСЛУГ №_____ от « » _____20 г.

г. Кемерово « » _____20 г.
Общество с ограниченной ответственностью «Алёна стоматологическая клиника»
Адрес местонахождения – г. Кемерово ул. Гагарина 49
Свидетельство о внесении в Единый Государственный Реестр Юридических Лиц выдано Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по городу Кемерово и Кемеровской области от 17 марта 2015 года ОГРН 1154205003963,
Медицинская деятельность осуществляется на основании Лицензии № ЛО-42-01-004566 от 23 августа 2016 на осуществление медицинской деятельности (доврачебная, врачебная и специализированной, медико-санитарная помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому дело, стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. Срок действия: бессрочно, выдана Управлением лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кемеровской области. Адрес Управления 650056,г. Кемерово, пр. Ленина, 121Б, тел(83842)54-69-62, факс 54-28-98, в дальнейшем именуемое Исполнитель, в лице генерального директора ООО «Алёна стоматологическая клиника» Макута Елена Владимировна, действующего на основании приказа ООО «Алёна стоматологическая клиника» № 002 от 08.01.2018г. с одной стороны, и гражданина (ка) **{ФамилияИмяОтчество}** в дальнейшем именуемый(ая) Пациент с другой стороны, и гражданин(ка) **{ФамилияИмяОтчество}**, именуемый (ая) «Плательщик» с третьей стороны заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ СОГЛАШЕНИЯ

1. Проведение ортодонтического лечения Пациента, целью которого является частичное или полное устранение имеющихся аномалий прикуса Пациента.

1.2. Исполнитель обязуется предоставить Пациенту ортодонтическое лечение, согласованное с Пациентом и указанное в медицинской карте стоматологического больного.

1.2.1. Данное лечение включает в себя осмотр, определение плана лечения, выбор съемной/несъемной ортодонтической конструкции, обучение гигиене полости рта, санацию полости рта, установку ортодонтической конструкции, последующее наблюдение, коррекцию (в случае необходимости).

1.3. Пациент обязуется оплатить, предоставленные услуги в полном объеме в соответствии с прейскурантом цен.

2.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1 Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказать стоматологические услуги, предусмотренные в п. 1.2. Соглашения с применением необходимых материалов, инструментов, оборудования и их обработки, с применением современных методов диагностики и лечения, разрешенные на территории РФ,

2.1.2. Ознакомить Пациента с порядком и планом оказания медицинских услуг.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Самостоятельно определить характер и объем лечения, манипуляций, необходимых для лечения Пациента в рамках плана лечения.

2.3.Пациент обязан:

2.3.1. Сообщать лечащему врачу правдивую информацию о перенесенных или имеющихся заболеваниях.

2.3.2. Являться на прием в строго назначенное время.

2.3.3. Соблюдать и выполнять установленные врачом профилактические и лечебные мероприятия.

2.3.4. Извещать о всех осложнениях, возникших в процессе лечения.

2.3.5. Уведомлять администрацию Клиники о невозможности явки в согласованное заранее время не позднее, чем за 2 часа до назначенного времени.

2.3.6. Уважительно относиться к сотрудникам и соблюдать правила внутреннего распорядка Клиники.

2.3.7. Оплачивать оказанные ему услуги в полном объеме в соответствии с прейскурантом цен, действующим на момент оказания услуг.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Ознакомиться с прейскурантом цен на стоматологические услуги.

2.4.2. Получить высококвалифицированную стоматологическую помощь.

2.4.2. Получить полную информацию об объёме, стоимости, результатах и прогнозе предоставленных услуг.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ от « » _____20 г.
К ДОГОВОРУ ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ УСЛУГ №_____ от « » _____20 г.

Договор
На оказание медицинских услуг на платной основе № {НомерКарты}

г. Кемерово « » _____20 г.
Общество с ограниченной ответственностью «Алёна стоматологическая клиника»
Адрес местонахождения – г. Кемерово ул. Гагарина 49
Свидетельство о внесении в Единый Государственный Реестр Юридических Лиц выдано Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по городу Кемерово и Кемеровской области от 17 марта 2015 года ОГРН 1154205003963,

Медицинская деятельность осуществляется на основании Лицензии № № ЛО-42-01-004566 от 23 августа 2016 на осуществление медицинской деятельности (доврачебная, врачебная и специализированной, медико-санитарная помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому дело, стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. Срок действия: бессрочно, выдана Управлением лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кемеровской области. Адрес Управления 650056,г. Кемерово, пр. Ленина, 121Б, тел(83842)54-69-62, факс 54-28-98, в дальнейшем именуемое Исполнитель, в лице генерального директора ООО «Алёна стоматологическая клиника» Макута Елена Владимировна, действующего на основании приказа ООО «Алёна стоматологическая клиника» № 002 от 08.01.2018г. с одной стороны, и гражданина (ка) **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}** в дальнейшем именуемый(ая) Пациент с другой стороны, и гражданин(ка) **{Родитель}**, именуемый (ая) «Плательщик» с третьей стороны заключили настоящий договор о нижеследующем

1. ПРЕДМЕТ СОГЛАШЕНИЯ

1. Проведение ортодонтического лечения Пациента, целью которого является частичное или полное устранение имеющихся аномалий прикуса Пациента.

1.2. Исполнитель обязуется предоставить Пациенту ортодонтическое лечение, согласованное с Пациентом и указанное в медицинской карте стоматологического больного.

1.2.1. Данное лечение включает в себя осмотр, определение плана лечения, выбор съемной/несъемной ортодонтической конструкции, обучение гигиене полости рта, санацию полости рта, установку ортодонтической конструкции, последующее наблюдение, коррекцию (в случае необходимости).

1.3. Пациент обязуется оплатить, предоставленные услуги в полном объеме в соответствии с прейскурантом цен.

2.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1 Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказать стоматологические услуги, предусмотренные в п. 1.2. Соглашения с применением необходимых материалов, инструментов, оборудования и их обработки, с применением современных методов диагностики и лечения, разрешенные на территории РФ,

2.1.2. Ознакомить Пациента с порядком и планом оказания медицинских услуг.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Самостоятельно определить характер и объем лечения, манипуляций, необходимых для лечения Пациента в рамках плана лечения.

2.3.Пациент обязан:

2.3.1. Сообщать лечащему врачу правдивую информацию о перенесенных или имеющихся заболеваниях.

2.3.2. Являться на прием в строго назначенное время.

2.3.3. Соблюдать и выполнять установленные врачом профилактические и лечебные мероприятия.

2.3.4. Извещать о всех осложнениях, возникших в процессе лечения.

2.3.5. Уведомлять администрацию Клиники о невозможности явки в согласованное заранее время не позднее, чем за 2 часа до назначенного времени.

2.3.6. Уважительно относиться к сотрудникам и соблюдать правила внутреннего распорядка Клиники.

2.3.7. Оплачивать оказанные ему услуги в полном объеме в соответствии с прейскурантом цен, действующим на момент оказания услуг.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Ознакомиться с прейскурантом цен на стоматологические услуги.

2.4.2. Получить высококвалифицированную стоматологическую помощь.

2.4.2. Получить полную информацию об объёме, стоимости, результатах и прогнозе предоставленных услуг.

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на Рентгенологическое исследование.

Я,**{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**,
даю свое согласие на проведение рентгенологического исследования полости рта.
Я проинформирован(а) о сущности данного исследования и о том, что оно сопровождается рентгеновским излучением. Я также информирован(а) о лучевой нагрузке (дозе), которую я получу в процессе исследования.
Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах диагностики (КТ, МРТ) и преимуществах данного исследования.
Для женщин: Я подтверждаю, что на момент исследования не имею беременности, так как информирована о вредном воздействии рентгеновского излучения на развитие плода.
Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне сотрудниками Клиники. Мое решение провести исследование является свободным и добровольным, что я удостоверяю своей подписью.
Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.
Дополнительных условий мною не выдвигается.
Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.
На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение рентгенологического исследования в ООО «Алена стоматологическая клиника».

{ФАМИЛИЯИмяОтчество} _____ ✓
(подпись)

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Решение (протокол) консилиума врачей

Консилиум врачей созван по инициативе лечащего врача_____
(Ф.И.О., специализация, квалификация)
в отношении **{ФАМИЛИЯИмяОтчество},** адрес регистрации: {Адрес}; Паспорт: {СерияНомерПаспорта} выдан {ДатаВыдачи}, {Выдан}

в связи с _____
_____.
(причины проведения консилиума врачей)

Консилиум врачей в составе:
1. Лечащий врач _____
(Ф.И.О., специализация, квалификация)
2. Врач _____
(Ф.И.О., специализация, квалификация)
3. _____
(должность, Ф.И.О. председателя консилиума)

на основании _____
(перечень исследованных консилиумом клинических данных,
_____
лабораторных, инструментальных и иных методов исследования)

рассмотрел вопрос о _____
(состояние, диагноз, методы лечения, исход и т.п.)

пациента: **{ФАМИЛИЯИмяОтчество};** и постановил:

1. Диагноз: _____.

2. Фактов принуждения пациента к медицинскому вмешательству не выявлено (или: установлены следующие факты принуждения пациента к медицинскому вмешательству: _____).

3. Заключение консилиума: _____
_____.

Участники консилиума:

1. _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)
2. _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)
3. _____ _____
(подпись) (расшифровка подписи)

С содержанием заключения ознакомлен:
_____✓**{ФАМИЛИЯИмяОтчество}.**
(собственноручно необходимо написать: «С решением комиссии согласен/не согласен»

Алена
стоматологическая клиника

Министерство здравоохранения РФ
*Медицинская документация - **форма №043/у***

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО
№ {НомерКарты}

Д	А	ЗП	Э	Х

Фамилия, имя, отчество:	{ФАМИЛИЯИмяОтчество}
Дата рождения:	{ДатаРождения}
Пол:	{Пол}
Адрес:	{Адрес}
Плательщик:	{ФАМИЛИЯИмяОтчество}

Последующая информация является крайне важной, поскольку мы выбираем методы и способы лечения в соответствии с общим состоянием Вашего здоровья. Пожалуйста, отнеситесь к заполнению карты серьезно, так как это необходимо для Вашей безопасности.

Если вопрос Вам неприятен или вы не уверены в ответе, сообщите об этом врачу. При первой же возможности сообщайте об изменениях в состоянии Вашего здоровья.

АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ:

1. Посещаете ли Вы стоматолога 2 раза в год? Дата последнего посещения?
2. Находитесь ли под наблюдением врача (не стоматолога)? Если да, то укажите причину?
3. Были ли у Вас раньше какие-либо проблемы, связанные со стоматологическим лечением? Укажите какие?
4. Были ли у Вас раньше длительные кровотечения после удаления зубов, хирургических вмешательств или травм?
5. Нарушение свертываемости крови:
6. Аллергия (на медикаменты, пищевая и другие): Симптомы:
7. Сердечнососудистые заболевания (стенокардия, сердцебиение, одышка): Инфаркт миокарда (когда?):
8. Страдаете ли Вы повышенным/пониженным артериальным давлением? Какое обычно?
9. Инфекционные заболевания (вирусный гепатит, СПИД, туберкулез и др.):
10. Эндокринные заболевания (тиреотоксикоз, гипотиреоз, сахарный диабет):
11. Заболевания ЦНС (центральной нервной системы):
12. Эпилепсия:
13. Заболевание почек, печени:
14. Заболевание легких (бронхиальная астма):
15. Глаукома (повышение внутриглазного давления):
16. Онкологические заболевания?
17. Принимаемые в настоящий момент лекарства:
18. Для женщин: Беременность (срок), период кормления грудью:
19. Другие перенесенные (сопутствующие) заболевания:
20. Место работы: Должность:

Дополнительная информация о Вашем здоровье, которую Вы хотите сообщить Вашему лечащему доктору, до начала лечения_____

Мне известно, что я обязательно должен(а) сообщить врачу о том, что я принимал(а) какие- либо лекарства постоянно, или, что я принял(а) таблетку лекарственного вещества непосредственно перед приемом у стоматолога.

Я искренне ответил(а) на все пункты анкеты: ✓ */ {ФамилияИмяОтчество} /*
подпись пациента

Анкету о состоянии здоровья принял лечащий врач: / /

К положению о порядке оказания медицинских услуг на платной основе
сверх Территориальной программы государственных гарантий
оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи
на территории Кемеровской области

Договор
На оказание медицинских услуг на платной основе № {НомерКарты}

ерово « » _____20 г.
тво с ограниченной ответственностью «Алёна стоматологическая клиника»
местонахождения – г. Кемерово ул. Гагарина 49
ельство о внесении в Единый Государственный Реестр Юридических Лиц выдано Инспекцией терства Российской Федерации по налогам и сборам по городу Кемерово и Кемеровской области от 17 2015 года ОГРН 1154205003963,
инская деятельность осуществляется на основании Лицензии № ЛО-42-01-004566 от 23 августа 2016 на ствление медицинской деятельности (доврачебная, врачебная и специализированной, медико-санитарная и организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-рной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому дело, стоматологии лактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных ях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, ологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии ической. Срок действия: бессрочно, выдана Управлением лицензирования медико-фармацевтических видов ьности Кемеровской области. Адрес Управления 650056,г. Кемерово, пр. Ленина, 121Б, тел(83842)54-69-62, 54-28-98, в дальнейшем именуемое Исполнитель, в лице генерального директора ООО «Алёна ологическая клиника» Макута Елена Владимировна, действующего на основании приказа ООО «Алёна ологическая клиника» № 002 от 08.01.2018г. с одной стороны, и гражданина (ка) **{ФамилияИмяОтчество}** лейшем именуемый(ая) Пациент с другой стороны, и гражданин(ка) **{ФамилияИмяОтчество}**, именуемый лательщик» с третьей стороны заключили настоящий договор о нижеследующем:

1.Предмет договора.

сполнитель принимает на себя обязательства силами врачей – специалистов и специалистов оказывать бителю платные медицинские услуги как в виде медицинских стоматологических вмешательств, так и в виде ных консультаций, манипуляций, процедур, обследований, на основании полученной Исполнителем в вленном порядке лицензии на осуществление медицинской деятельности, именуемые в дальнейшем Услуги, ющие требованиям, предъявляемым к современным методам диагностики, профилактики и лечения, енными на территории Российской Федерации, а Пациент обязуется их оплатить в порядке, установленным щим договором, и размере согласно Прейскуранту цен.
атными медицинскими услугами понимаются медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе личных средств пациентов или иных средств на основании договоров.
и заключении Договора по требованию Пациента (Плательщика) им предоставляется в доступной форме мация о возможности получения платных медицинских услуг, содержащая следующие сведения: - порядок ия медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных инских услуг; - информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую ю медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); - информация о методах ия медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их ствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; - другие сведения, относящиеся к ту Договора.
основании медицинского заключения о необходимости обследования и (или) лечения, а также желания нта исполнитель обязуется оказать Пациенту, Пациент принять и Плательщик оплатить следующие инские услуги на платной основе:

менование оказываемой услуги (полностью) в соответствии с утвержденным йскурантом	Стоимость услуги, руб.

цую сумму _____ _____
цифрами) (сумма прописью)
_____рублей.

СОГЛАШЕНИЕ
об объеме и условиях оказываемых
медицинских услуг (информированное согласие)

г. Кемерово

Я, пациент ***{ФамилияИмяОтчество},*** амбулаторная история болезни №{НомерКарты}, в рамках договора об оказании медицинских услуг на платной основе желаю получить платные медицинские услуги в ООО «Алёна стоматологическая клиника», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в соответствии с Законом Кемеровской области «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области получения бесплатной медицинской помощи», даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мне разъяснено и я осознал (а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
4. Я согласен(а)с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны согласованные виды медицинских услуг, которые я хочу получить в ООО «Алёна стоматологическая клиника»и согласен(на) оплатить лечение.
7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассу ООО «Алёна стоматологическая клиника» в
сумме_____ руб._____ коп.
9. Я проинформирован(на), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ООО «Алёна стоматологическая клиника».

Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на них.

применение.

Пациент: {ФамилияИмяОтчество},

Паспортные данные: {СерияНомерПаспорта},{ДатаВыдачи},{Выдан}.

Подпись Пациента_✓_____

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

М.П. _____

(Фамилия, Имя, Отчество ответственного лица)

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на <u>проведение анестезии</u>

Со мной, **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**, врачом _____ на основании результатов предварительных исследований и моего анамнеза проведена информационная беседа о предполагаемом методе анестезии.

Я понял(а) все объяснения и смог(ла) задать все интересующие меня вопросы, касающиеся метода анестезии, его преимуществ и недостатков, риска осложнений и побочных явлений, дополнительных мероприятий и вмешательств, а также необходимости лечения возможных осложнений.

Я согласен со всеми подготовительными и вспомогательными анестезиологическими мероприятиями, а также с необходимыми дополнительными манипуляциями.

Я согласен при возникновении необходимости на продление анестезии или переход на другой вид обезболивания.

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне ***<u>анестезии</u>*** в ООО «Алёна Стоматологическая клиника».

_____✓{ФАМИЛИЯИмяОтчество}
(подпись)

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на Рентгенологическое исследование.

Я, **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**, {ДатаРождения} года рождения, паспорт: {СерияНомерПаспорта} выдан {ДатаВыдачи}, {Выдан}, зарегистрированный по адресу: {Адрес}, даю свое согласие на проведение рентгенологического исследования полости рта.

Я проинформирован(а) о сущности данного исследования и о том, что оно сопровождается рентгеновским излучением. Я также информирован(а) о лучевой нагрузке (дозе), которую я получу в процессе исследования.

Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах диагностики (КТ, МРТ) и преимуществах данного исследования.

Для женщин: Я подтверждаю, что на момент исследования не имею беременности, так как информирована о вредном воздействии рентгеновского излучения на развитие плода.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне сотрудниками Клиники. Мое решение провести исследование является свободным и добровольным, что я удостоверяю своей подписью.

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение консультации в ООО «Алёна стоматологическая клиника».

_____✓{ФАМИЛИЯИмяОтчество}

(подпись)

Акт № ___ от «____» _____ 201__ г.

о приемке выполненных работ (оказанных услуг)

Исполнитель: ООО «Алена стоматологическая клиника»

Заказчик: **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**,

№	Наименование работы (услуги)	Ед. изм.	Количество	Цена	Сумма
				Итого:	
				Без налога (НДС)	
				Всего (с учетом НДС)	

Всего оказано услуг на сумму: _____ рублей ___ коп.,

в т.ч. НДС – _____ рублей___ копеек.

Вышеперечисленные работы (услуги) выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг претензий не имеет.

Исполнитель _____ Заказчик _____✓{ФАМИЛИЯИмяОтчество}

(подпись)

М.П.

Алена
стоматологическая клиника

Министерство здравоохранения РФ
Медицинская документация - ***форма №043/у***

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО
№ {НомерКарты}

Д	А	ЗП	Э	Х

Фамилия, имя, отчество:	{ФАМИЛИЯИмяОтчество}
Дата рождения:	{ДатаРождения}
Пол:	{Пол}
Адрес:	{Адрес}
Родитель:	{Родитель}

Последующая информация является крайне важной, поскольку мы выбираем методы и способы лечения в соответствии с общим состоянием Вашего здоровья. Пожалуйста, отнеситесь к заполнению карты серьезно, так как это необходимо для Вашей безопасности.

Если вопрос Вам неприятен или вы не уверены в ответе, сообщите об этом врачу. При первой же возможности сообщайте об изменениях в состоянии Вашего здоровья.

АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ:

1. Посещает ли Ваш ребенок стоматолога 2 раза в год? Дата последнего посещения?
2. Находится ли Ваш ребенок под наблюдением врача (не стоматолога)? Если да, то укажите причину?
3.Были ли у Вашего ребенка раньше длительные кровотечения после удаления зубов, хирургических вмешательств или травм?
4. Нарушение свертываемости крови:
5. Аллергия (на медикаменты, пищевая и другие): Симптомы:
6. Сердечнососудистые заболевания (стенокардия, сердцебиение, одышка): Инфаркт миокарда (когда?):
7. Страдаете ли Ваш ребенок повышенным/пониженным артериальным давлением? Какое обычно?
8. Инфекционные заболевания (вирусный гепатит, СПИД, туберкулез и др.):
9. Эндокринные заболевания (тиреотоксикоз, гипотиреоз, сахарный диабет):
10. Заболевания ЦНС (центральной нервной системы):
11. Эпилепсия:
12. Заболевание почек, печени:
13. Заболевание легких (бронхиальная астма):
14. Глаукома (повышение внутриглазного давления):
15. Онкологические заболевания?
16. Принимаемые в настоящий момент лекарства:
17. Другие перенесенные (сопутствующие) заболевания:

Дополнительная информация о здоровье Вашего ребенка, которую Вы хотите сообщить Вашему лечащему доктору, до начала лечения_____
_____

Я искренне ответил(а) на все пункты анкеты: ✓_____ */ {Родитель} /*
подпись пациента

Анкету о состоянии здоровья принял лечащий врач: _____ / _____ /
подпись доктора

К положению о порядке оказания медицинских услуг на платной основе
сверх Территориальной программы государственных гарантий
оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи
на территории Кемеровской области

Договор
На оказание медицинских услуг на платной основе № {НомерКарты}

ерово « » _____20 г.
тво с ограниченной ответственностью «Алёна стоматологическая клиника»
местонахождения – г. Кемерово ул. Гагарина 49
ельство о внесении в Единый Государственный Реестр Юридических Лиц выдано Инспекцией терства Российской Федерации по налогам и сборам по городу Кемерово и Кемеровской области от 17 2015 года ОГРН 1154205003963,
инская деятельность осуществляется на основании Лицензии № № ЛО-42-01-004566 от 23 августа 2016 на ствление медицинской деятельности (доврачебная, врачебная и специализированной, медико-санитарная и организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-рной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому дело, стоматологии лактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных ях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, ологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии ической. Срок действия: бессрочно, выдана Управлением лицензирования медико-фармацевтических видов ьности Кемеровской области. Адрес Управления 650056,г. Кемерово, пр. Ленина, 121Б, тел(83842)54-69-62, 54-28-98, в дальнейшем именуемое Исполнитель, в лице генерального директора ООО «Алёна ологическая клиника» Макута Елена Владимировна, действующего на основании приказа ООО «Алёна ологическая клиника» № 002 от 08.01.2018г. с одной стороны, и гражданина (ка) **ИЛИЯИмяОтчество}** в дальнейшем именуемый(ая) Пациент с другой стороны, и гражданин(ка) **ель}**, именуемый (ая) «Плательщик» с третьей стороны заключили настоящий договор о нижеследующем:

1.Предмет договора.

сполнитель принимает на себя обязательства силами врачей – специалистов и специалистов оказывать бителю платные медицинские услуги как в виде медицинских стоматологических вмешательств, так и в виде ных консультаций, манипуляций, процедур, обследований, на основании полученной Исполнителем в вленном порядке лицензии на осуществление медицинской деятельности, именуемые в дальнейшем Услуги, ющие требованиям, предъявляемым к современным методам диагностики, профилактики и лечения, енными на территории Российской Федерации, а Пациент обязуется их оплатить в порядке, установленным щим договором, и размере согласно Прейскуранту цен.
атными медицинскими услугами понимаются медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе личных средств пациентов или иных средств на основании договоров.
и заключении Договора по требованию Пациента (Плательщика) им предоставляется в доступной форме мация о возможности получения платных медицинских услуг, содержащая следующие сведения: - порядок ия медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных инских услуг; - информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую ю медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); - информация о методах ия медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их ствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; - другие сведения, относящиеся к ту Договора.
основании медицинского заключения о необходимости обследования и (или) лечения, а также желания ита исполнитель обязуется оказать Пациенту, Пациент принять и Плательщик оплатить следующие инские услуги на платной основе:

менование оказываемой услуги (полностью) в соответствии с утвержденным йскурантом	Стоимость услуги, руб.

цую сумму _____ _____
цифрами) (сумма прописью)
_____рублей.

СОГЛАШЕНИЕ
об объеме и условиях оказываемых
медицинских услуг (информированное согласие)

г. Кемерово

Я, ***{Родитель},*** законный представитель ***{ФамилияИмяОтчество},*** амбулаторная история болезни №{НомерКарты}, в рамках договора об оказании медицинских услуг на платной основе желаю получить платные медицинские услуги в ООО «Алёна стоматологическая клиника», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в соответствии с Законом Кемеровской области «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Кемеровской области получения бесплатной медицинской помощи», даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мне разъяснено и я осознал (а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения.
4. Я согласен(а)с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны согласованные виды медицинских услуг, которые я хочу получить в ООО «Алёна стоматологическая клиника»и согласен(на) оплатить лечение.
7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.
8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассу ООО «Алёна стоматологическая клиника» в
сумме_____ руб._____ коп.
9. Я проинформирован(на), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ООО «Алёна стоматологическая клиника».

Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на них.

применение.

Пациент: {ФамилияИмяОтчество},

Паспортные данные: {СерияНомерПаспорта},{ДатаВыдачи},{Выдан}.

Подпись законного представителя_✓_____/*{Родитель}*/

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

М.П. _____

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на проведение анестезии

Со мной, ***{Родитель},*** законным представителем ***{ФамилияИмяОтчество},***
врачом _____
на основании результатов предварительных исследований и моего анамнеза проведена информационная беседа о предполагаемом методе анестезии.

Я понял(а) все объяснения и смог(ла) задать все интересующие меня вопросы, касающиеся метода анестезии, его преимуществ и недостатков, риска осложнений и побочных явлений, дополнительных мероприятий и вмешательств, а также необходимости лечения возможных осложнений.

Я согласен со всеми подготовительными и вспомогательными анестезиологическими мероприятиями, а также с необходимыми дополнительными манипуляциями.

Я согласен при возникновении необходимости на продление анестезии или переход на другой вид обезболивания.

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение ***анестезии*** ***{ФамилияИмяОтчество},*** в ООО «Алёна Стоматологическая клиника».

_____ ✓***{Родитель}***
(подпись)

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

.

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на Рентгенологическое исследование.

Я, ***{Родитель},*** законный представитель ***{ФамилияИмяОтчество}***, {ДатаРождения} года рождения, паспорт: {СерияНомерПаспорта} выдан {ДатаВыдачи}, {Выдан}, зарегистрированный по адресу: {Адрес}, даю свое согласие на проведение рентгенологического исследования полости рта.

Я проинформирован(а) о сущности данного исследования и о том, что оно сопровождается рентгеновским излучением. Я также информирован(а) о лучевой нагрузке (дозе), которую я получу в процессе исследования.

Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах диагностики (КТ, МРТ) и преимуществах данного исследования.

Для женщин: Я подтверждаю, что на момент исследования не имею беременности, так как информирована о вредном воздействии рентгеновского излучения на развитие плода.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне сотрудниками Клиники. Мое решение провести исследование является свободным и добровольным, что я удостоверяю своей подписью.

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение консультации в ООО «Алёна стоматологическая клиника».

_____✓***{Родитель}***

(подпись)

Акт № ___ от «____» _____ 201__ г.

о приемке выполненных работ
(оказанных услуг)

Исполнитель: ООО «Алена стоматологическая клиника»

Заказчик: Я, _____

законный представитель_____

№	Наименование работы (услуги)	Ед. изм.	Количество	Цена	Сумма
				Итого:	
				Без налога (НДС)	
				Всего (с учетом НДС)	

Всего оказано услуг на сумму: _____ рублей ___ коп.,

в т.ч. НДС – _____ рублей___ копеек.

Вышеперечисленные работы (услуги) выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг претензий не имеет.

Исполнитель _____ Заказчик _____ ***{Родитель}***
(подпись)

М.П.

Алена
стоматологическая клиника

Рекомендовано Центром Дентальной Имплантации

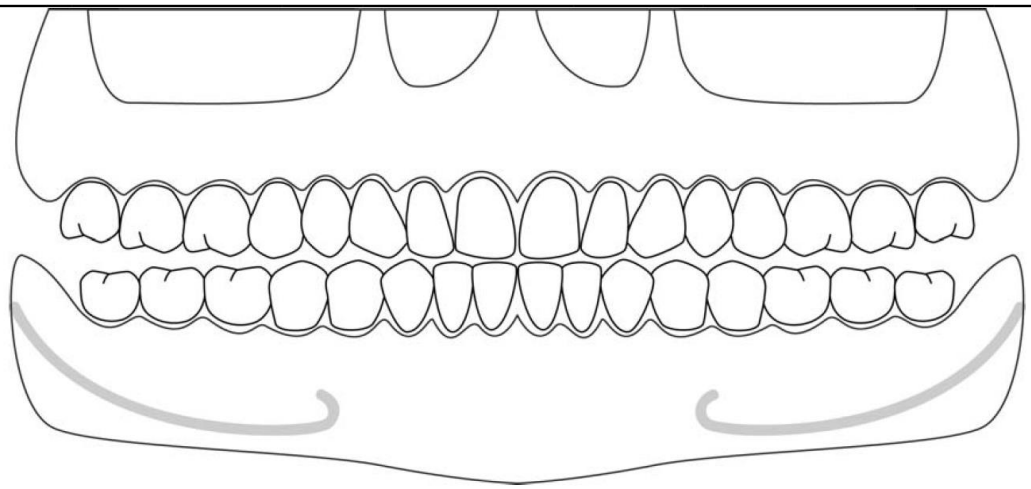
Министерство здравоохранения РФ
*Медицинская документация - **форма №043/у***

ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА

Фамилия, имя, отчество:	{ФАМИЛИЯИмяОтчество}
Дата рождения:	{ДатаРождения}
Возраст:	{Возраст}
Вес:	
Пол:	{Пол}
Адрес:	{Адрес}
Телефон:	{Телефоны}

Пожалуйста, отметьте из перечисленного то, чем страдаете:

□ Опухолевые заболевания (были, есть)
□ Болезни сердца или инфаркт
□ Неврологические состояния
□ Желудочно-кишечные заболевания
□ Высокое кровяное давление
□ Болезни печени
□ Туберкулез
□ Диабет
□ Ревматизм
□ Болезни почек
□ Болезни легких
□ Эпилепсия
□ Гепатит
□ Курение
□ Испытывали ли Вы воздействие ионизирующего излучения
□ Были ли у Вас оперативные вмешательства в области головы и шеи
□ Перечислите все принимаемые вами в настоящее время лекарства _____
□ Аллергические реакции (если есть, укажите на что) _____
□ Другие заболевания или проблемы, которые могут заинтересовать врача _____



Дата установки					
Данные имплантата					
Локализация					
Дата установки					
Данные имплантата					

Договор № _____
об оказании платных медицинских услуг

г. Кемерово {ДатаПолная} г.

{ФамилияИмяОтчество}, именуемый/ая в дальнейшем "Пациент", с одной стороны, и ООО «Алена - стоматологическая клиника», именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице генерального директора Макута Е.В., действующей на основании Устава и лицензии от "29"декабря 2010г. № ЛО-42-01-001003, выданной Управлением лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кемеровской области, с другой стороны, вместе также именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту следующие стоматологические медицинские услуги:

1)_____
Данная услуга состоит из нескольких этапов. ☐ДА ☐НЕТ
2) _____
Данная услуга состоит из нескольких этапов. ☐ДА ☐НЕТ
3) _____
Данная услуга состоит из нескольких этапов. ☐ДА ☐НЕТ

1.2. Пациент обязуется уплатить Исполнителю вознаграждение в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.3. Срок действия настоящего Договора - с {ДатаПолная} г. по "___"_____ ___ г.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.1.2. Оказывать Пациенту услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора.

2.1.3. Не передавать третьим лицам находящуюся у Исполнителя информацию о Пациенте.

2.1.4. Давать по просьбе Пациента разъяснения о ходе оказания услуг.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Предоставить необходимые документы, для заключения настоящего договора (паспортные данные) и оказания услуг (медицинскую карту, данные обследований, рентген-снимки, имеющиеся на руках у Пациента).

2.2.2. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации.

2.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

3.1. Стороны по окончании оказания услуги (каждого этапа услуги) подписывают акт оказания услуг по настоящему Договору.

3.2. Подписываемые Сторонами акты оказания услуг являются подтверждением оказания услуг Исполнителем Пациенту.

3.3. При наличии замечаний к оказанным Исполнителем услугам Пациент указывает об этом в акте.

3.4. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.

4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость стоматологических медицинских услуг составляет _____ (_____) рублей, в том числе:

1)_____ - _____ (_____) рублей
2)_____ - _____ (_____) рублей
3)_____ - _____ (_____) рублей

Соглашение об оказании медицинских услуг и
порядке расчетов

Г. Кемерово {ДатаПолна

{ФамилияИмяОтчество}, именуемый/ая в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью «Ал стоматологическая клиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Макута Е.В., действующе основании устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности, заключили договор о нижеследующем:

Исполнитель оказал Пациенту медицинские услуги_____
Стоимость оказанных услуг определяется в соответствии с прейскурантом цен, с которым ознакомлен Пациен составляет_____(_____) рублей.

1. Расчет по настоящему соглашению осуществляется в следующем порядке:
   на дату оказания услуг Пациент вносит в кассу Исполнителя денежные средства в размере _____
   (_____) рублей.
   Оставшиеся денежные средства в размере _____ рублей Пациент обязуется внести в кассу Исполнителя в не позднее «___»_____г.
2. Настоящее соглашение вступает в силу с {ДатаПолная} г.. и действует до проведения расчетов между сторонами в полном объем
3. Настоящее соглашение составлено в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, имеющих одинаковую силу.
4. При нарушении сроков оплаты указанных в п.1 настоящего соглашения «Пациент» обязан оплатить пеню в размере 0,1% за ка день просрочки от суммы оказанных услуг.

Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель	Заказчик
ООО «Алена – стоматологическая клиника»	{ФамилияИмяОтчество}
ИНН 4205188382 КПП 420501001	Дата рождения: {ДатаРождения}
Филиал ПАО «БАНК УРАЛСИБ» г. Новосибирск	Паспортные данные: {СерияНомерПаспорта}, {ДатаВыдачи},
БИК 045004725	{Выдан}.
р/с 4070 2810 8322 1000 1315 к/с 3010 1810 4000 0000 0725	Зарегистрирован(а) по адресу: {Адрес}
650070, г. Кемерово, ул. Тухачевского, д. 47	Телефон: {Телефоны}
тел. (3842 37-88-55, сот +7-906-977-88-55	
Генеральный директор_____Макута Е.В.	Подпись_____

Соглашение об оказании медицинских услуг и
порядке расчетов

Г. Кемерово {ДатаПолна

{ФамилияИмяОтчество}, именуемый/ая в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью «Ал стоматологическая клиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Макута Е.В., действующе основании устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности, заключили договор о нижеследующем:

Исполнитель оказал Пациенту медицинские услуги_____
Стоимость оказанных услуг определяется в соответствии с прейскурантом цен, с которым ознакомлен Пациен составляет_____(_____) рублей

1. Расчет по настоящему соглашению осуществляется в следующем порядке:
   на дату оказания услуг Пациент вносит в кассу Исполнителя денежные средства в размере _____
   (_____) рублей.
   Оставшиеся денежные средства в размере _____рублей Пациент обязуется внести в кассу Исполнителя в не позднее «___»_____г.
2. Настоящее соглашение вступает в силу с {ДатаПолная} г.. и действует до проведения расчетов между сторонами в полном объем
3. Настоящее соглашение составлено в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, имеющих одинаковую силу.
4. При нарушении сроков оплаты указанных в п.1 настоящего соглашения «Пациент» обязан оплатить пеню в размере 0,1% за ка день просрочки от суммы оказанных услуг.

Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель	Заказчик
ООО «Алена – стоматологическая клиника»	{ФамилияИмяОтчество}
ИНН 4205188382 КПП 420501001	Дата рождения: {ДатаРождения}
Филиал ПАО «БАНК УРАЛСИБ» г. Новосибирск	Паспортные данные: {СерияНомерПаспорта}, {ДатаВыдачи},
БИК 045004725	{Выдан}.
р/с 4070 2810 8322 1000 1315 к/с 3010 1810 4000 0000 0725	Зарегистрирован(а) по адресу: {Адрес}
650070, г. Кемерово, ул. Тухачевского, д. 47	Телефон: {Телефоны}
тел. (3842 37-88-55, сот +7-906-977-88-55	
Генеральный директор_____Макута Е.В..	Подпись_____

ДОГОВОР
О ВОЗМЕЗДНОМ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

ерово

ООО «Алена – стоматологическая клиника», в лице генерального директора Макута ействующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной ны, и **{ФамилияИмяОтчество}**, именуемый/ая в дальнейшем «Пациент», с другой ны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1.Предмет Договора

1.1. «Исполнитель» по поручению «Пациента» обязуется оказывать «Пациенту» цинские услуги в области стоматологии в соответствии с планом лечения, сованным Сторонами.

1.2. «Пациент» обязуется принять и оплатить «Исполнителю» стоимость оказанных цинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.Стоимость и порядок расчетов

2.1. Стоимость оказываемых медицинских услуг определяется в соответствии с жденным «Исполнителем» прейскурантом, действующим на момент оказания услуг.

2.2. «Пациент» вправе знакомиться с действующим прейскурантом «Исполнителя» на ние соответствующих медицинских услуг. Получение медицинских услуг «Пациентом» ает его согласие с действующим прейскурантом «Исполнителя».

2.3. Медицинские услуги, предоставленные «Исполнителем», оплачиваются иентом» после оказания медицинских услуг в каждое посещение или авансовыми жами.

2.4. Перед началом протезирования по согласованию сторон с «Пациента» взимается не менее 40% от общей стоимости работы.

2.5. Стороны могут согласовать иной порядок оплаты стоимости услуг по Договору.

2.7. «Пациент» заявляет и гарантирует, что является платежеспособным и как льщик не ограничен обязательствами по брачному договору или иным основаниям, тствующим «Пациенту» самостоятельно оплачивать стоимость услуг по настоящему вору.

3.Права и обязанности сторон

3.1. «Исполнитель» обязан:

людать все требования, предусмотренные действующим законодательством Российской рации в области здравоохранения;

едоставить «Пациенту» качественное оказание медицинских стоматологических услуг фицированными специалистами;

еспечить соответствие качества оказываемых медицинских услуг утвержденным артам, а также нормативно-правовым актам, действующим в системе здравоохранения йской Федерации;

сти учет услуг, оказанных «Пациенту»;

едоставить «Пациенту» доступную и достоверную информацию о предоставляемой е и о возможности (но не обязательности) возникновения вредных (побочных) ктов медицинского вмешательства в связи с анатомо-физиологическими особенностями стно-лицевой области Пациента;

и необходимости выдавать «Пациенту» выписку из медицинской карты;

и необходимости выдать «Пациенту» соответствующее медицинское заключение;

и необходимости проводить динамическое наблюдение «Пациента» в течение периода олитации.

3.2. «Исполнитель» имеет право:

лучать информацию от «Пациента» до оказания медицинской услуги о состоянии его овья, в том числе о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, ивопоказаниях;

ДОГОВОР
О ВОЗМЕЗДНОМ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

ерово

ООО «Алена – стоматологическая клиника», в лице генерального директора Макута ействующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной ны, и **{Родитель},** именуемый/ая в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе уемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1.Предмет Договора

1.1. «Исполнитель» по поручению «Пациента» обязуется оказывать «Пациенту» цинские услуги в области стоматологии в соответствии с планом лечения, сованным Сторонами.

1.2. «Пациент» обязуется принять и оплатить «Исполнителю» стоимость оказанных цинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.Стоимость и порядок расчетов

2.1. Стоимость оказываемых медицинских услуг определяется в соответствии с жденным «Исполнителем» прейскурантом, действующим на момент оказания услуг.

2.2. «Пациент» вправе знакомиться с действующим прейскурантом «Исполнителя» на ние соответствующих медицинских услуг. Получение медицинских услуг «Пациентом» ает его согласие с действующим прейскурантом «Исполнителя».

2.3. Медицинские услуги, предоставленные «Исполнителем», оплачиваются иентом» после оказания медицинских услуг в каждое посещение или авансовыми жами.

2.4. Перед началом протезирования по согласованию сторон с «Пациента» взимается не менее 40% от общей стоимости работы.

2.5. Стороны могут согласовать иной порядок оплаты стоимости услуг по Договору.

2.7. «Пациент» заявляет и гарантирует, что является платежеспособным и как льщик не ограничен обязательствами по брачному договору или иным основаниям, тствующим «Пациенту» самостоятельно оплачивать стоимость услуг по настоящему вору.

3.Права и обязанности сторон

3.1. «Исполнитель» обязан:

людать все требования, предусмотренные действующим законодательством Российской рации в области здравоохранения;

едоставить «Пациенту» качественное оказание медицинских стоматологических услуг фицированными специалистами;

еспечить соответствие качества оказываемых медицинских услуг утвержденным артам, а также нормативно-правовым актам, действующим в системе здравоохранения йской Федерации;

сти учет услуг, оказанных «Пациенту»;

едоставить «Пациенту» доступную и достоверную информацию о предоставляемой е и о возможности (но не обязательности) возникновения вредных (побочных) ктов медицинского вмешательства в связи с анатомо-физиологическими особенностями стно-лицевой области Пациента;

и необходимости выдавать «Пациенту» выписку из медицинской карты;

и необходимости выдать «Пациенту» соответствующее медицинское заключение;

и необходимости проводить динамическое наблюдение «Пациента» в течение периода литации.

3.2. «Исполнитель» имеет право:

лучать информацию от «Пациента» до оказания медицинской услуги о состоянии его вья, в том числе о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, ивопоказаниях;

остоятельно решать вопросы, связанные с количеством выполняемых рентгенограмм, ходимостью изготовления моделей челюстей, фотографий и проведением других

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на <u>проведение профессиональной гигиены полости рта</u>

Я, **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**, врачом _____ проинформирован (а) что профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью курса лечения заболевания пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса.

Я осведомлен(а), что после удаления зубных отложений возможно появление чувствительности эмали, дискомфорта во время приема пищи, проходящих в течение двух недель.

Я проинформирован(а), что последствиями отказа от профессиональной гигиены полости рта могут быть: развитие или обострение имеющихся заболеваний пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений.

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне ***<u>профессиональной гигиены полости рта</u>*** в ООО «Алёна Стоматологическая клиника».

_____✓{ФАМИЛИЯИмяОтчество}
(подпись)

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на проведение медицинского вмешательства шинирование (ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ)

Я, **{ФАМИЛИЯИмяОтчество},**
до начала лечения тканей, окружающих зуб (пародонта), получил (а) от врача информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение. Врач, после диагностического обследования, обосновал необходимость проведения пародонтологического лечения В доступной форме я получил(а) информацию о том, что с учетом имеющейся у меня(моего представляемого)
клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений организма оптимальным, наиболее эффективным методом лечения с позиции медицинских показаний является пародонтологическое лечение(вмешательство):
_____

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений;
Появление, либо нарастание болевых ощущений в зубах и деснах; кровоточивость и гноетечение в области десен, появление стойкого неприятного запаха, изменение положения зубов, появление их патологической подвижности, вплоть до потери зубов,
изменение структуры кости в области зубов, убыль костной ткани, нарушение функции жевания и речеобразования.
Врач разъяснил, что пародонтологическое лечение направлено на устранение хронических очагов инфекции в тканях, окружающих зуб и имеет своей целью сохранение функции зубов как можно дольше, продление срока службы пломб, зубных протезов, профилактику рецидивов заболеваний пародонта, оздоровление полости рта. В ходе лечения заболеваний пародонта могут быть использованы консервативные методы (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, десневые повязки, инъекции лекарственных препаратов, вектор-терапия, обработка пародонтальных карманов лазером,
закрытый кюретаж зубодесневых карманов), хирургические методы (открытый кюретаж зубодесневых карманов – лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны и т.п.), ортодонтические и ортопедические методы (шинирование зубов, протезирование зубов). Выбор метода лечения проводится врачом, с учетом имеющихся показаний, на основании данных диагностики.
Я понимаю, что данное лечение является вмешательством в биологический организм, и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что предсказать точный результат планируемого лечения невозможно. Благоприятным исходом лечения заболевания пародонта, в стоматологической практике, принято считать: улучшение, остановка или замедление патологического процесса. На исход лечения и прогноз влияет стадия процесса, тяжесть заболевания, местные факторы (целостность зубных рядов, качество индивидуальной гигиены и т.п.), общее состояние организма (наличие хронических очагов инфекции, появления или обострение общесоматических заболеваний). Я проинформирован(а), что при невыполнении рекомендаций врача, нарушении режима посещения врача (в т.ч. с целью профилактики обострения хронического процесса), повышается степень риска ухудшения состояния тканей, окружающих зуб, а так же невозможность поддержания достигнутых параметров качества лечения.
Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному варианту лечения. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация донесена до меня в понятной и доступной форме.

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне пародонтологическое лечения в ООО «Алена стоматологическая клиника».

_____✓_____**{ФАМИЛИЯИмяОтчество},**
(подпись)

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на <u>проведение медицинского</u>
<u>вмешательства шинирование (ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ)</u>

Я(отец, мать, опекун –нужное подчеркнуть) ,

{Родитель},_____

являясь законным представителем ребёнка **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**
нахожусь на лечении у врача _____

до начала лечения тканей, окружающих зуб (пародонта), получил (а) от врача информацию о предстоящем лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение. Врач, после диагностического обследования, обосновал необходимость проведения пародонтологического лечения В доступной форме я получил(а) информацию о том, что с учетом имеющейся у меня(моего представляемого)
клинической ситуации, стадии патологического процесса, сопутствующих заболеваний, возрастных изменений организма оптимальным, наиболее эффективным методом лечения с позиции медицинских показаний является пародонтологическое лечение(вмешательство):
_____

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений;
Появление, либо нарастание болевых ощущений в зубах и деснах; кровоточивость и гноетечение в области десен, появление стойкого неприятного запаха, изменение положения зубов, появление их патологической подвижности, вплоть до потери зубов,
изменение структуры кости в области зубов, убыль костной ткани, нарушение функции жевания и речеобразования.
Врач разъяснил, что пародонтологическое лечение направлено на устранение хронических очагов инфекции в тканях, окружающих зуб и имеет своей целью сохранение функции зубов как можно дольше, продление срока службы пломб, зубных протезов, профилактику рецидивов заболеваний пародонта, оздоровление полости рта. В ходе лечения заболеваний пародонта могут быть использованы консервативные методы (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, десневые повязки, инъекции лекарственных препаратов, вектор-терапия, обработка пародонтальных карманов лазером,
закрытый кюретаж зубодесневых карманов), хирургические методы (открытый кюретаж зубодесневых карманов – лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны и т.п.), ортодонтические и ортопедические методы (шинирование зубов, протезирование зубов). Выбор метода лечения проводится врачом, с учетом имеющихся показаний, на основании данных диагностики.
Я понимаю, что данное лечение является вмешательством в биологический организм, и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что предсказать точный результат планируемого лечения невозможно. Благоприятным исходом лечения заболевания пародонта, в стоматологической практике, принято считать: улучшение, остановка или замедление патологического процесса. На исход лечения и прогноз влияет стадия процесса, тяжесть заболевания, местные факторы (целостность зубных рядов, качество индивидуальной гигиены и т.п.), общее состояние организма (наличие хронических очагов инфекции, появления или обострение общесоматических заболеваний). Я проинформирован(а), что при невыполнении рекомендаций врача, нарушении режима посещения врача (в т.ч. с целью профилактики обострения хронического процесса), повышается степень риска ухудшения состояния тканей, окружающих зуб, а так же невозможность поддержания достигнутых параметров качества лечения.
Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному варианту лечения. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация донесена до меня в понятной и доступной форме.

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне пародонтологическое лечения в ООО «Алена стоматологическая клиника».

_____✓{Родитель}

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на эндодонтическое лечение

Я, **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**, врачом _____
проинформирован (а) о необходимости лечения корневых каналов (эндодонтическое лечение).
Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для дезинфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата.

Положительный результат эндодонтического лечения в виде исчезновения воспаления в области верхушки корня проявляется в период от шести месяцев до двух лет. Средний статистический показатель восстановления – 90%, средний статистический показатель улучшения – 10%.

К Клиническим рекомендациям при эндодонтическом лечении относятся:
Восстановление анатомической формы коронковой части зуба пломбированием
При показателях ИРОПЗ 0,2 — 0,4 применяется метод пломбирования. После окончания эндодонтического лечения возможна постановка временной пломбы (повязки), если невозможно поставить постоянную пломбу в первое посещение или для предотвращения возможных осложнений. Постоянное пломбирование проводят в одно посещение.
Восстановление анатомической формы коронковой части зуба протезированием

Показаниями к протезированию является:
- убыль твердых тканей коронковой части зуба после препарирования: для группы жевательных зубов при ИРОПЗ> 0,4 показано изготовление вкладок из металлов, из керамики или из композитных материалов. При ИРОПЗ > 0,6 показано изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ>0,8 показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок,
- предупреждение развития деформаций зубочелюстной системы при наличии соседних зубов с пломбами, восстанавливающими более ½ жевательной поверхности.

Вкладки, искусственные коронки, штифтовые конструкции позволяют восстановить анатомическую форму, функцию зуба, предупредить развитие патологического процесса, обеспечить эстетику зубного ряда.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.
Хотя эндодонтическая терапия 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 метод лечения и все возможные осложнения, предложенного лечения и последствия, которые могут возникнуть при отсутствии предложенного лечения, а именно:
- ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты, если сочтет это нужным;
- во время лечения корневых каналов, особенно искривленных, возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба или вызвать необходимость применения других манипуляций;
- если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение). Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению;
- даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения снижается, что связано:
- с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо инородное тело из корневого канала;
- с плохой проходимостью корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов).
- с резистентностью микрофлоры корневых каналов к антисептическим препаратам.

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии;

Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения.
Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, по усмотрению врача, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).

При лечении каналов результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.
Я обязуюсь приходить на все посещения согласованные с врачом для оказания мне качественной услуги.
Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.
Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.
Дополнительных условий мною не выдвигается.
Вся информация была мне разъяснена до начала лечения.
Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне эндодонтического лечения в ООО «Алёна стоматологическая клиника».

_____✓{ФАМИЛИЯИмяОтчество}
(подпись)

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на <u>пародонтологическое лечение</u>

Я **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**

врачом _____

проинформирован и мне предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом ортодонтическом лечении.

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 полно и доступно информирован(а) врачом о цели, смысле и необходимости пародонтологического лечения (лечения заболеваний дёсен и кости, окружающей зубы). Мне известно, что оно является комплексным и включает в себя как нехирургические, так и хирургические методы. Мне объяснили, что необходимо проводить лечение заболеваний десен для предотвращения преждевременной потери зубов и профилактики осложнений после ортопедического лечения.

Мне известно, что мой лечащий врач имеет специальное образование, достаточный опыт и квалификацию для проведения пародонтологического лечения. Мой врач обследовал состояние органов полости рта, доступно разъяснил мне методы и способы предложенного лечения. Со мной проведено обучение гигиеническим навыкам, осуществлён подбор индивидуальных средств гигиены. Мне понятно, как правильно пользоваться предложенными средствами гигиены. Я предупрежден(а) о возможном прогрессировании заболевания при нарушении правил гигиены полости рта.

Мне рассказали о продолжительности, стоимости лечения, объёме и характере планируемых лечебных процедур, ознакомили с примерным графиком их проведения.

Мне известно, что пародонтологические заболевания являются хроническими, проявляющимися периодами обострений и улучшений. Пародонтологичекое заболевание нельзя вылечить, но при проведении всех лечебных мероприятий, предложенных моим врачом, при правильном и тщательном соблюдении рекомендаций по индивидуальной гигиене можно достигнуть стойкого и длительного улучшения. Если не выполнять рекомендации врача по индивидуальной гигиене и не соблюдать график поддерживающих пародонтологических посещений, лечение не может быть успешным.

Мне известно, что медицинская деятельность отнесена к категории опасных, что может быть связано с состоянием организма пациента, так и с приёмом лекарственных препаратов, индивидуальная переносимость которых может быть различной. Я был(а) информирована о возможных рисках и осложнениях, связанных с хирургическими процедурами, приёмом лекарств.

Мой врач объяснил мне, что не существует метода точно предсказывающего возможности заживления десны у каждого пациента после проведения пародонтологического лечения. Мне сообщено о возможных осложнениях: боль, покраснение, отёк, повышенная чувствительность зубов, временное изменение цвета зубов и языка, изменения вкусовой чувствительности, снижение уровня десны, увеличение межзубных промежутков.

Редкими, но возможными осложнениями являются такие осложнения, как: инфекция послеоперационной области, подкожные кровоизлияния, повышение температуры, онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов. Точная продолжительность такого состояния не предсказуема и может быть необратима. Так же возможны воспаления вены (флебит), повреждения имеющихся зубов, переломы кости, нарушение целостности синуса (гайморовой пазухи), отсроченное заживление и др. Достижение результатов лечения возможно при соблюдении всех рекомендаций и может привести к выздоровлению, к улучшению состояния или остаться без изменений.

Я имел(а) возможность задать врачу вопросы, касающиеся любых аспектов лечения пародонта. Мой врач подробно информировал меня о последствиях, которые могут возникнуть в случае отказа от пародонтологического лечения или отказа (прерывания) лечения после его начала. Я понимаю, что при отказе от пародонтологического лечения будет происходить постепенная потеря костной ткани, окружающей зубы, что может повлечь за собой удаление имеющихся зубов.

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на <u>проведение эстетической реставрации.</u>

Я, _____

Уполномочиваю врача-стоматолога _____провести эстетическую реставрацию зубов.

Этот документ содержит необходимую мне информацию с тем, чтобы я ознакомился(ась) с предлагаемым мне лечением и мог(могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения .

Врач поставил мне следующий диагноз: _____

И обосновал необходимость проведения эстетической реставрации. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом эстетической реставрации.

Я также ознакомлен(а) с возможными альтернативными вариантами эстетической реставрации: покрытие зуба металлокерамической коронкой, безметалловой керамикой, виниром, что предполагает массивную обработку коронковой части зуба. При эстетической реставрации прямым способом проводиться восстановление утраченных зубных тканей за счет наложения светокомпозитного материала непосредственно на ткани зуба, полимеризация материала и тем самым восстановление коронковой части зуба.

Хотя предложенное мне лечение поможет сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что реставрация зубов – своего рода вмешательство в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов работ, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа, как если бы у человека выросли новые зубы.

Доктор понятно объяснил мне те осложнения, которые могут произойти в последующем во время пользования реставрированными зубами:

1. Частичный скол отреставрированной коронки.

2. При реставрации витальных (живых) зубов может появиться чувствительность на температурные раздражители.

3. Изменение первоначального цвета реставрации.

4. Нарушение краевого прилегания пломбы в виде появления видимой границы между краем зуба и пломбой.

5. Может быть полный отлом коронки реставрированного зуба

Поэтому я понимаю необходимость контрольных осмотров согласно предложенного мне графика (обговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

Я понимаю обязательность тщательной гигиены полости рта(уход за зубами с помощью зубной щетки и пасты, а также за реставрированными зубами).

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии.

Я проинформировал(а) _____ обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения в виде эстетической реставрации и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого результата с действительным результатом. Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне лечение. Я также имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы .

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

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне терапевтического лечения в ООО «Алена Стоматологическая клиника».

_____✓ **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**

(подпись)

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на процедуру отбеливания.

Я, _____

Уполномочиваю врача-стоматолога _____провести процедуру отбеливания.

Отбеливание зубов - косметическая процедура, не имеющая медицинских показаний.

Я понимаю цель и суть данной процедуры. Врач оценил состояние моего здоровья и провел обследование зубочелюстной системы для этого вмешательства.

Мне объяснили альтернативные методы осветления зубов и, рассмотрев их, я сделал (а) свой выбор сознательно. Я понимаю, что значительное отбеливание может быть достигнуто в большинстве случаев, однако определенный результат не может быть гарантирован.

Отбеливание, как и многие другие процедуры, имеет некоторые риски и ограничения. Я понимаю, что для достижения желаемого результата эта процедура может быть выполнена в один/два визита или больше посещений, в зависимости от типа моих зубов. Каждое посещение будет занимать от часа до двух часов. Меня проинформировали, о том, что в случае проведения клинического отбеливания более чем в одно посещение, перерыв между процедурами может составить от одной до двух недель. Если проходит более двух недель, результаты могут быть менее значительными, т.к. эффективность процедуры будет потеряна.

В течение первых 24 часов после отбеливания чувствительность зубов может быть повышена. Эта ощущения обычно проходят в течении 1-2 дней. В случае изначальной чувствительности зубов, врач по согласованию со мной может провести процедуры по снижению чувствительности до отбеливания. Отбеливание может вызвать временное воспаление десен. Также может возникнуть раздражение десен. Меня предупредили, что эти проблемы проходят в течение нескольких дней.

Я понимаю, что кариозные полости и/или неплотно прилегающие реставрации должны быть закрыты и/или заменены до отбеливания.

Я согласен(а), что после отбеливания возможна коррекция цвета проведенных реставраций вплоть до полной замены реставраций, чтобы они соответствовали новому цвету зубов. Меня предупредили, что невозможно достоверно предсказать какого точно цвета будут зубы после отбеливания.

Я полностью понимаю, что во время и после процедуры, состояние может измениться, тогда по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия. Для дополнительной активации геля во время процедуры используется источник света. Поэтому, если у меня имеются меланомы или я нахожусь под фотохимо- и PUVA терапией мне необходимо проконсультироваться с терапевтом до отбеливания. Также если я принимаю любые светочувствительные препараты, то я должен(а) проконсультироваться с лечащим врачом, чтобы избежать фотореакции.

После проведения процедуры отбеливания мне рекомендовано отказаться от курения и чрезмерного употребления кофе и других напитков, содержащих красящие вещества. При оказании процедуры отбеливания гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

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

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне терапевтического лечения в ООО «Алена Стоматологическая клиника».

_____✓**{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**

(подпись)

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на <u>имплантацию зубов</u>

Я, **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**, врачом _____

проинформирован (а), и Я понимаю цель и суть хирургической процедуры для установки имплантата. Я понимаю, что необходимо выполнить установку имплантата под десну или в кость. Мой доктор тщательно обследовал мой рот. Мне объяснили альтернативные методы лечения.

Я пробовал(а) или рассматривал(а) эти методы, но Я предпочитаю имплантаты для восстановления отсутствующих зубов.

Я был(а) предупреждён(а) о возможном риске или осложнениях операции, лекарств и анестезии. Эти осложнения: боль, отёк, инфекция и изменение цвета. Могут появиться онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов. Точная продолжительность лечения не может быть определена или может измениться. Также возможно воспаление вен, повреждение имеющихся зубов, перелом кости, перфорация пазухи, отсроченное заживление, аллергические реакции на используемые лекарства.

Я понимаю, что если ничего не предпринимать, может случиться следующее: заболевание кости, атрофия костной ткани, воспаление десны, подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления. Также возможно возникновение патологии височно-нижнечелюстного сустава, головной боли, иррадиирующей боли в шею сзади и в мышцы лица, утомляемости жевательных мышц.

Мой доктор объяснил мне, что не существует способа точно предсказать заживляющих способностей десны и костной ткани после проведения операции.

Мне объяснили, что в определенных случаях имплантаты не приживаются и требуют удаления.

Я понимаю, что курение, приём алкоголя, употребление сахара могут повлиять на заживление десны и снижают успех лечения.

Я согласен(сна) следовать инструкциям моего врача по уходу за полостью рта. Я согласен(сна) регулярно посещать моего доктора в зависимости от его указаний.

Я согласен(сна) на тип анестезии по выбору моего доктора. Я согласен(сна) не управлять автомобилем или работать с другими опасными аппаратами, по меньшей мере, ближайшие 24 часа после операции, до полного восстановления моего состояния после использования лекарственных средств.

Я сообщил(а) точные данные о своём физическом и душевном здоровье. Кроме того, я сообщил(а) о всех имевших место аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья.

Я согласен(сна) на использование моих фотографий и киносъемки, рентгеновских снимков моим лечащим врачом по его усмотрению без указания моего имени и фамилии.

Я прошу предоставить и подтверждаю разрешение на предоставление мне медицинских стоматологических услуг, включая установку имплантатов и другие операции. Я полностью понимаю, что во время и после процедуры, операции и лечения, состояние может измениться,

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №___

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на хирургическое лечение

Я, **{ФАМИЛИЯИмяОтчество},** врачом _____

Проинформирован(на) о необходимости хирургической операции.

Хирургическое лечение имеет своей целью создание благоприятных условий для выздоровления и (или) реабилитации пациента за счет внедрения в ткани организма.

Последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений.

Основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомо-физиологическими особенностями моего организма. Хирургическое лечение в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти.

Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.).

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения. Может возникнуть отечность десны в области проведенной операции или лица после хирургического вмешательства; тризм (ограниченное открывание рта), которые могут быть в течении несколько дней и дольше.

Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленное на пластическое замещение костного дефекта. Вследствие оперативного лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирования рубца.

При этом я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также информирован(а), что в ряде конкретных случаях вид хирургического вмешательства является единственным. Альтернативой лечения является отсутствие (отказ от) лечения.

Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема).

В дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического (зубопротезного) лечения. Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения. Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен(а) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям.

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

О требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после ее я осведомлен(а), в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством; после операции необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта.

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

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

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне хирургического лечения в ООО «Алёна Стоматологическая клиника».

__✓_____{ФАМИЛИЯИмяОтчество}

(подпись)

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №___

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на проведение костной пластики

Я **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**

врачом _____,

Проинформирован(на) о возможности проведения хирургической операции-костной пластики.
Костная пластика имеет своей целью создание условий для проведения при успешном результате ортопедического лечения в совокупности с имплантацией для реабилитации пациента за счет внедрения в ткани организма.
Последствиями отказа от данной операции могут быть невозможность полноценного и целесообразного ортопедического лечения
Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске костной пластики, включая вероятность осложнений.
Основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомо-физиологическими особенностями моего организма. Хирургическое лечение в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти.
Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.).
Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения. Может возникнуть отечность десны в области проведенной операции или лица после хирургического вмешательства; тризм (ограниченное открывание рта), которые могут быть в течении несколько дней и дольше, высокая вероятность отторжения костного трансплантата, расхождения краев раны.
Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости повторного этапа оперативного лечения. Вследствие оперативного лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирования рубца.
При этом я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также информирован(а), что в ряде конкретных случаях вид хирургического вмешательства является единственным. Альтернативой лечения является отсутствие (отказ от) лечения.
Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема).
В дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического (зубопротезного) лечения. Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения. Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен(а) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям.
Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни и недуги. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.
О требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после ее я осведомлен(а), в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством; после операции необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта, смена зубной щетки, категорический отказ от зубных ирригаторов, защита постоперационной раны защитной ортопедической пластинкой.
При оказании хирургической помощи результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.
Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.
Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.
Дополнительных условий мною не выдвигается.
Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне хирургического лечения в ООО «Алена стоматологическая клиника».

_____✓ {ФАМИЛИЯИмяОтчество}
(подпись)

Рекомендации после операции Костной пластики

Залогом успеха проведенной операции является полное соблюдение всех рекомендаций Вашего лечащего врача и тщательное выполнение индивидуальной гигиены.

После операции:
1. В первый день после операции для профилактики отека необходимо прикладывать лед к щеке в области операции в течение первых 4-5 часов после вмешательства, делая через каждые 15-20 минут перерыв в 5-10 минут;

2. На следующий день после операции может появиться небольшой отек мягких тканей лица, прилегающих к месту операции — это нормальная реакция организма на проведенное хирургическое вмешательство. Последующие 3–4 дня отек будет постепенно исчезать. При сильном отеке незамедлительно обратитесь к лечащему врачу;

3. Принимайте рекомендованные болеутоляющие по мере необходимости;

4. Принимайте лекарственные средства, назначенные только Вашим врачом;

5. Не принимайте пищу в течение 2- х часов после операции. Первые 2 дня пища должна быть преимущественно мягкой, протертой и умеренно теплой. В первые 14 дней после операции нельзя употреблять горячую, твердую и раздражающую пищу (содержащую уксус, острые специи, и т.п.), раздражающие соки;

7. Спать следует на противоположной стороне или на спине;

8. Следите за тем, чтобы в первые дни после операции не заболеть простудой и не получить инфекционный насморк. Это может повлечь не удачный исход операции. В связи с этим воздержитесь от посещения общественных заведений, избегайте переохлаждения;

9. Исключить активную физическую нагрузку в течение 2 –х недель, принимать горячую ванну, париться в бане, сауне.

10. В течение одного месяца после операции нельзя: чихать с закрытым ртом, надувать щеки, пить через трубочку, нырять, сморкаться (выделение из носа следует убирать аккуратно, при помощи платка), по возможности избегать каких-либо пневматических перепадов давления (например летать на самолете)

10. Исключите курение в течение как минимум 72 часов после операции;

11. Следите за чистотой полости рта, не допускайте образование налета на зубах и языке. После операции необходимо использовать новую зубную щетку для чистки зубов. Область проведенной операции до восстановления целостности ткани нельзя травмировать зубной щеткой, нажим на область операции минимальный. Зубы следует чистить после завтрака и ужина не менее 2 мин., при этом перед завтраком необходимо прополоскать полость рта дезинфицирующим раствором, назначенным врачом (не энергично!); Необходимо очищать спину языка от налета; Помните, что идеальная чистота и тщательный гигиенический уход – это залог успеха Нашей операции.

13. Возможны случаи, когда ткани в области проведения операции воспаляются из-за плохой гигиены, при заболевании каким-нибудь общим недугом или от пережевывания слишком твердой пищи. В этих случаях и по всем дополнительным вопросам необходимо обращаться к Вашему лечащему врачу.

Внимание!

- После операции минимум 10 дней, необходимо находиться в доступности к Вашему врачу (не уезжать в длительные командировки и поездки).
- Незначительные боли и припухлость – нормальная реакция в первую неделю после операции.

Обязательно обратитесь к Вашему врачу, если**:**
- область операции, продолжает припухать и боли усиливаются по истечении 3- х дней;
- у Вас общее плохое самочувствие и поднялась температура выше 38;

Снятие швов планируется через 10-14 дней.

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на <u>лечение кариеса и некариозных поражений</u>

Я, **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**, врачом _____
проинформирован (а) о необходимости лечения кариеса и некариозных поражений.

Лечение кариеса твердых тканей зуба заключается в иссечении твердых тканей зуба, пораженных кариесом и замещении их пломбировочным материалом с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма.

Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях и методах лечения кариеса твердых тканей зуба, объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В частности:

- 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(реставрации);
- при обширном кариозном поражении возможно возникновение необходимости лечения корневых каналов
- кариозное поражение, которое кажется «небольшой дырочкой», может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а следовательно, потребуется реставрация значительной части зуба или постановка коронки (протезирование) по ситуации:

При показателях ИРОПЗ 0,2 — 0,4 применяется метод пломбирования. После окончания эндодонтического лечения возможна постановка временной пломбы (повязки), если невозможно поставить постоянную пломбу в первое посещение или для предотвращения возможных осложнений. Постоянное пломбирование проводят в одно посещение.
Показаниями к протезированию является:
- убыль твердых тканей коронковой части зуба после препарирования: для группы жевательных зубов при ИРОПЗ> 0,4 показано изготовление вкладок из металлов, из керамики или из композитных материалов. При ИРОПЗ > 0,6 показано изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ>0,8 показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок,
- предупреждение развития деформаций зубочелюстной системы при наличии соседних зубов с пломбами, восстанавливающими более ½ жевательной поверхности.

Вкладки, искусственные коронки, штифтовые конструкции позволяют восстановить анатомическую форму, функцию зуба, предупредить развитие патологического процесса, обеспечить эстетику зубного ряда.

Решения о проведении лечения кариеса твердых тканей зуба принимает пациент или его законный представитель. Пациент (законный представитель) может отказаться от проведения лечения.

Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости; появление и нарастание болевых ощущений, развитие местных осложнений, требующих эндодонтическое лечения; разрушение и потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта

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

- воспаление пульпы вследствие проникновения в нее бактерий кариозного поражения, в этом случае потребуется: а) снять поставленную пломбу, б) пролечить каналы, в) поставить новую пломбу;
- возникновение постоперативной чувствительности или боли при накусывании, дискомфорт, чувствительность к температурным раздражителям в течении нескольких дней после постановки пломбы;

Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

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

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, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне лечение кариеса и некариозных поражений лечения в ООО «Алёна Стоматологическая клиника».

_____✓_{ФАМИЛИЯИмяОтчество}
(подпись)

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на <u>проведение терапевтическое лечение молочного зуба Детям</u>

Я(отец, мать, опекун –нужное подчеркнуть) , **{Родитель}_____,**
являясь законным представителем ребёнка **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**
нахожусь на лечении у врача _____
Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о предстоящем лечении зуба_____:
Диагноз_____
Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
Индивидуальный план лечения.
Возможность корректировки плана и технологии лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в ходе лечения, о чем меня уведомит врач.
Возможные альтернативные варианты, а именно:
- удаление пораженного зуба (зубов);
- непроведение лечения;
- _____
_____

Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, как-то: прогрессирование воспалительного процесса; переход воспаления на зачаток постоянного зуба; потеря зуба; появление/нарастание болевых ощущений; нарушения общего состояния организма; ускоренное развитие осложнений, обусловленное особенностями кровоснабжения челюстно-лицевой области у детей.

Возможные последствия местной анестезии, как-то: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции. После анестезии чувствительность тканей значительно снижена, поэтому ребенок может травмировать щеки, губы.

Возможные последствия приема аналгетиков и антибиотиков, как-то: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического баланса, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно:

- определенный процент (5-10%) неэффективного лечения молочных зубов по причине его медицинской специфики, а также вследствие индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и общего состояния его здоровья;
- необходимость хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба.

Лечение осложненных форм кариеса молочных зубов может проводиться в два или три посещения. Выбор методики лечения проводит врач с учетом всех существенных факторов.

После лечения осложненных форм кариеса необходимо восстановление коронковой части зуба: постановка пломбы или коронки, если зуб разрушен более, чем на 1/3.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Мне сообщены, разъяснены и согласованы со мной:

- технологии(методы) и материалы, которые будут использоваться при лечении;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур(этапов) и лечения в целом. Мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение индивидуальных профилактических рекомендаций лечащего врача.

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

- рентгеновский снимок,
- консультация врача иного профиля.

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

Я принимаю решение приступить к лечению ребенка на предложенных условиях.

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне терапевтического лечения в ООО «Алёна Стоматологическая клиника».

_____✓_____{Родитель}
(подпись)

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на <u>проведение терапевтическое лечение постоянного зуба Детям</u>

Я (отец, мать, опекун –нужное подчеркнуть) , **{Родитель},**
являясь законным представителем ребёнка **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**

нахожусь на лечении у врача _____
Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о предстоящем лечении зуба_____:
Диагноз_____
Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
Индивидуальный план лечения.
Возможность корректировки плана и технологии лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в ходе лечения, о чем меня уведомит врач.
Возможные альтернативные варианты, а именно:

- удаление пораженного зуба (зубов);
- непроведение лечения;
- _____

Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, как-то: прогрессирование воспалительного процесса; переход воспаления на зачаток постоянного зуба; потеря зуба; появление/нарастание болевых ощущений; нарушения общего состояния организма; ускоренное развитие осложнений, обусловленное особенностями кровоснабжения челюстно-лицевой области у детей.

Возможные последствия местной анестезии, как-то: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции. После анестезии чувствительность тканей значительно снижена, поэтому ребенок может травмировать щеки, губы.

Возможные последствия приема аналгетиков и антибиотиков, как-то: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического баланса, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно:

- определенный процент (5-10%) неэффективного лечения молочных зубов по причине его медицинской специфики, а также вследствие индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и общего состояния его здоровья;
- необходимость хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба.

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

- воспаление пульпы вследствие проникновения в нее бактерий кариозного поражения, в этом случае потребуется: а) снять поставленную пломбу, б) пролечить каналы, в) поставить новую пломбу;
- возникновение постоперативной чувствительности или боли при накусывании, дискомфорт, чувствительность к температурным раздражителям в течении нескольких дней после постановки пломбы;

В случае возникновения пульпита лечение корневых каналов оплачивается пациентом в полном обьеме согласно прайсу, а пломба восстанавливается по гарантии.

Лечение осложненных форм кариеса молочных зубов может проводиться в два или три посещения. Выбор методики лечения проводит врач с учетом всех существенных факторов.

После лечения осложненных форм кариеса необходимо восстановление коронковой части зуба: постановка пломбы или коронки, если зуб разрушен более, чем на 1/3.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Мне сообщены, разъяснены и согласованы со мной:

- технологии(методы) и материалы, которые будут использоваться при лечении;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур(этапов) и лечения в целом. Мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение индивидуальных профилактических рекомендаций лечащего врача.

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

- рентгеновский снимок,
- консультация врача иного профиля.

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

Я принимаю решение приступить к лечению ребенка на предложенных условиях.

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне терапевтического лечения в ООО «Алена стоматологическая клиника».

_____ {Родитель}

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на лечение зуба по диагнозу без гарантии

Я, **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**, врачом _____
проинформирован(на), о том, что зуб _____ лечится по поводу _____
Гарантии не имеет, и в дальнейшем претензий иметь не буду.

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне терапевтического лечения в ООО «Алёна Стоматологическая клиника».

_____✓{ФАМИЛИЯИмяОтчество}
(подпись)

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на лечение зуба по диагнозу без гарантии

Я, {Родитель}_____,
являясь ответственным лицом ,**{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**,
врачом _____
Проинформирован(на), о том, что зуб _____ лечится по поводу _____
Гарантии не имеет, и в дальнейшем претензий иметь не буду.

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне терапевтического лечения в ООО «Алёна Стоматологическая клиника».

_____✓{Родитель}
(подпись)

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на лечение зуба по диагнозу фронтальный фиброзный пульпит без гарантии Зуд находится в стадии не завершенного апексогенеза

Я(отец, мать, опекун –нужное подчеркнуть) , **{Родитель},**

являясь законным представителем ребёнка **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**

(Ф.И.О. пациента)

врачом _____

проинформирован (а) что замена кальцесодержащих лечебных паст является неотъемленой частью курса лечения хронического пульпита, способствующего апексификации.

Я осведомлен(а), что во время лечения возможно появление чувствительности, дискомфорта во время приема пищи, проходящих в течение двух недель.

Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения может быть: обострение имеющегося заболевания пульпита, развитие периодонтита и его осложнений, с последующим удалением.

Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для дезинфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата.

Положительный результат эндодонтического лечения в виде исчезновения воспаления в области верхушки корня проявляется в период от шести месяцев до двух лет. Средний статистический показатель восстановления – 90%, средний статистический показатель улучшения – 10%.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

Хотя эндодонтическая терапия 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 метод лечения и все возможные осложнения, предложенного лечения и последствия, которые могут возникнуть при отсутствии предложенного лечения, а именно:

- ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты, если сочтет это нужным;
- во время лечения корневых каналов, особенно искривленных, возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба или вызвать необходимость применения других манипуляций;
- если возникает необходимость лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции, либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможно ее необратимое повреждение). Также, при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к его удалению;
- даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения снижается, что связано:

- с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо инородное тело из корневого канала;
- с плохой проходимостью корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов).
- с резистентностью микрофлоры корневых каналов к антисептическим препаратам.

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии;

Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, по усмотрению врача, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).

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

Я обязуюсь приходить на все посещения согласованные с врачом для оказания мне качественной услуги.

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

Я отдаю себе отчет, что возможные осложнения после получения услуги, устраняемые надлежащим образом в случае их наступления, не являются вредом здоровью.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Вся информация была мне разъяснена до начала лечения.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение мне эндодонтического лечения в ООО «Алена стоматологическая клиника».

✓ {Родитель}

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на <u>отказ на лечение больного зуба</u>

Я, **{Родитель}_____**,
являясь ответственным лицом **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**,
врачом _____
Проинформирован(на), о том, что зуб _____ требует лечение по диазнозу _____.

Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости; появление и нарастание болевых ощущений, развитие местных осложнений, требующих эндодонтическое лечения; разрушение и потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта

Отказываюсь от дальнейшего лечениях ООО «Алёна Стоматологическая клиника», и в дальнейшем претензий иметь не буду.

_____✓{Родитель}
(подпись)

ООО “Алена стоматологическая клиника”

Приложение к медицинской карте стоматологического больного №_____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, в частности на <u>отказ на лечение больного зуба</u>

Я, **{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**,
врачом _____
Проинформирован(на), о том, что зуб _____ требует лечение по диазнозу _____.

Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости; появление и нарастание болевых ощущений, развитие местных осложнений, требующих эндодонтическое лечения; разрушение и потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта

Отказываюсь от дальнейшего лечениях ООО «Алёна Стоматологическая клиника», и в дальнейшем претензий иметь не буду.

_____✓**{ФАМИЛИЯИмяОтчество}**
(подпись)