

**Информированное добровольное согласие на лечение кариеса**

Мне, \_\_\_\_\_, врач \_\_\_\_\_ сообщил, что мне показано лечение кариеса \_\_\_\_\_ зуба(ов).

Составляется индивидуальный план лечения, допускается коррекция намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения: кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования, реставрации), может понадобиться эндодонтическое лечение (пломбирование корневых каналов).

Последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:

- Прогрессирование кариеса;
- Развитие его осложнений;
- Появление либо нарастание болевых ощущений;
- Разрушение зуба (зубов);
- Нарушение общего состояния организма и др.

Я предупрежден(на) о возможных осложнениях во время проведения анестезии (отек мягких тканей и кровоизлияние в месте укола), о возможных осложнениях после постановки пломбы (спустя неделю и более).

Я проинформирован(а) и понимаю, что условием эффективного лечения является выполнение плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Я проинформирован(а) и понимаю, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (ортопантограмма; прицельный дентальный снимок, консультация стоматолога иного профиля).

На все мои вопросы врач ответил, и я добровольно соглашаюсь на предложенное мне лечение.

Дата \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на ортодонтическое лечение**

Я, (отец, мать, опекун - нужное подчеркнуть), \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, Имя, Отчество)

являясь законным представителем ребёнка, \_\_\_\_\_,  
(Фамилия, Имя, Отчество ребёнка, возраст)

по добровольному согласию прошу провести все необходимые диагностические исследования и мероприятия, связанные с лечением заболеваний полости рта.

Я получил(а) от лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения. Я согласен(а) с этим методом лечения патологии прикуса (деформации зубного ряда). Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала лечения прикуса.

Я предварительно проинформирован(а), что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении правил личной гигиены полости рта возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба. Я согласен(а) с тем, что врач-ортодонт оставляет за собой право принятия решения о снятии ортодонтической аппаратуры на любом этапе лечения при плохой гигиене полости рта. Деньги за проведенный объем лечения не будут возвращены. (Контроль гигиены полости рта будет осуществляться по индексам гигиены).

Я согласен(а) на рентгенологическое обследование моего ребенка, необходимого для полноценного лечения.

1. Я знаю, что ортодонтическая аппаратура – это инородное тело в полости рта. Привыкание к съемной ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени, в среднем это длится 1,5 – 2 месяца. До начала активного периода лечения врач проводит коррекцию аппаратуры в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта. Деньги за съемные ортодонтические аппараты, к которым пациенты не могут привыкнуть, не будут возвращены.

2. Мне было сообщено, что привыкание к несъемной ортодонтической технике происходит в течение 10 – 14 дней. В это время могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губы и щеки. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят.

3. Мне известно, что для нормализации прикуса возможно потребуется удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач сообщает до начала ортодонтического лечения.

4. Я предупрежден(а) о возможных обострениях заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение у врача-ортодонта и врача-пародонтолога.

5. Я предупрежден(а), что при лечении с применением ортодонтической аппаратуры возможны обострения заболеваний пародонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции.

6. Я согласен(а), что после окончания активного периода лечения ребёнок должен носить ретенционный аппарат в течение всего периода, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиваться рецидив патологии прикуса. Я знаю, что контроль за ношением аппарата будет осуществлять врач-ортодонт. (Контроль осуществляется по качеству фиксации ретенционного аппарата в полости рта).

7. Ремонт съемной ортодонтической аппаратуры. Я осведомлен(а), что перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, приварка новых элементов – не относятся к гарантийным случаям и должны быть оплачены отдельно.

8. Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в сроки, указанные в визитной карточке. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества ортодонтического лечения у ребёнка.

9. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением заболевания и последующего реабилитационного периода.

Дата \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение**

Мне, \_\_\_\_\_, врач \_\_\_\_\_

предоставил всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Лечащий врач провел осмотр, разъяснил мне преимущества выбранного метода лечения. Я согласен(на), доверяю и предоставляю право лечащему врачу провести ортопедическое лечение дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей.

Я ознакомлен с планом протезирования, ориентировочной стоимостью \_\_\_\_\_ и проведением подготовительных мероприятий перед началом протезирования. Я понимаю, что перед началом курса ортопедического лечения необходимо в соответствии с рекомендациями лечащего врача произвести профессиональную гигиену полости рта и санацию:

1. Удаление корней \_\_\_\_\_ зубов;
2. Лечение кариеса \_\_\_\_\_ зубов;
3. Эндодонтическое лечение (пломбирование корневых каналов) \_\_\_\_\_ зубов.

Я ознакомлен со всеми возможными альтернативными вариантами протезирования. Мне также объяснили, что при отказе от лечения могут быть: прогрессирование заболеваний пародонта, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности функции жевания, ухудшение эстетики, перелом зуба (при отказе от постановки коронки на зуб после проведенного эндодонтического лечения). Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строго соблюдать сроки для перехода к следующему этапу.

Я понимаю, что зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается возрастным изменениям (как при наличии протеза, так и без него), которые проявляются в атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов, поэтому через какое-то время возникает необходимость коррекции либо замена протеза.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у лечащего врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с лечащим врачом и записанному в истории болезни).

Я предупрежден, что во время адаптационного периода протез (ортопедическая конструкция), установленная мне, может вызвать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти, натирание слизистой оболочки губ и щек, нарушение речеобразования и другие дискомфортные явления. Мне известно, что адаптационный период в среднем может длиться от 1 до 4 недель. При невыполнении рекомендаций ношения ортопедической конструкции и несвоевременном обращении с жалобой к лечащему врачу деньги за конструкцию, к которой я не смог привыкнуть, не возвращаются. Я предупрежден(а), что при прерывании ортопедического лечения (или частичном протезировании) функционирование уже изготовленных конструкций не может полностью компенсировать жевательную функцию и эффективность и сроки службы протеза уменьшаются.

Дата \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

## Информированное добровольное согласие на пародонтологическое лечение

Мне, \_\_\_\_\_, врач \_\_\_\_\_ сообщил, что мне показано пародонтологическое лечение

### План лечения включает:

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| 1) профессиональная гигиена полости рта, | 4) физиотерапевтическое лечение, |
| 2) терапевтическое лечение,              | 5) ортопедическое лечение,       |
| 3) хирургическое лечение,                | 6) диспансерное наблюдение.      |

### Последствиями моего отказа от данного лечения могут быть следующие:

1. прогрессирование заболевания;
2. частые обострения хронического воспалительного процесса;
3. появление либо нарастание болевых ощущений;
4. появление подвижности зуба;
5. атрофия костной ткани, которая осложнит дальнейшее ортопедическое лечение и имплантацию.

### Врач также информировал меня о возможных осложнениях пародонтологического лечения:

1. рецессия десны (оседание десны вследствие ее длительного воспаления);
2. возможен отек и онемение в области проведения инъекций.

Врач мне разъяснил, что при запущенном течении заболевания полное выздоровление невозможно, но есть возможность приостановить развитие заболевания и перевести его в стадию ремиссии (временного улучшения).

Я понимаю, что для поддержания положительных результатов лечения мне необходимо регулярно посещать врача с целью диспансерных осмотров (1 раз в 6 месяцев) и проводить профессиональную гигиену полости рта в рекомендованные сроки.

Я осознаю необходимость регулярно проводить личную гигиену полости рта и соблюдать все рекомендации врача.

Я информирован(а) о том, что врач может назначить мне необходимые дополнительные медикаментозные препараты, а также направить на консультацию, диагностику и лечение к врачу-стоматологу-хирургу или врачу-стоматологу-ортопеду, и врачей другого профиля, поскольку данное заболевание требует комплексного лечения.

На все мои вопросы врач ответил, я соглашаюсь проводить пародонтологическое лечение.

Дата \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. Подпись пациента \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на хирургическое лечение**

Мне, \_\_\_\_\_, врач \_\_\_\_\_

сообщил, что мне показано удаление \_\_\_\_\_ зуба(ов).

Я проинформирован врачом-стоматологом-хирургом о состоянии моих зубов и необходимости хирургической операции, понимаю цель ее проведения.

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

Мне было объяснено течение послеоперационного периода и возможное появление болей, отека мягких тканей, воспаления в месте хирургического вмешательства, кровотечения. При проведении анестезии может быть отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, тризм (ограниченное открывание рта).

Я предупрежден(а) о возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства. Хирургическое лечение (удаление зуба) 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 в непосредственной близости 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. Контролировать течение послеоперационного периода может только врач при условии выполнения всех рекомендаций.

На все мои вопросы врач ответил, я даю согласие на хирургическое лечение (удаление зуба).

Дата \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на эндодонтическое лечение**

Мне, \_\_\_\_\_, врач \_\_\_\_\_ сообщил, что мне показано лечение корневых каналов \_\_\_\_\_ зуба(ов).

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

- после проведенной анестезии может быть отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола;
- ощущение дискомфорта после лечения, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней;
- отечность лица или десны в области леченного зуба, которые могут сохраняться в течение нескольких дней;
- аллергические реакции;
- нарушение чувствительности;
- недопломбировка корневого канала в связи с облитерацией или искривлением корневого канала;
- невозможность удаления старой пломбы, либо металлического штифта, перелом инструмента в корневом канале или перфорация, возникшие при распломбировке ранее леченного зуба или обусловленные анатомическими особенностями строения канала.

В случае развития осложнений или отсутствия положительного результата, (вследствие прогрессирования инфекционного процесса, а также особенностями иммунной системы организма), может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаление зуба.

Мне известно и понятно:

- для эффективности лечения могут понадобиться ортопантограмма, прицельный дентальный снимок, консультация стоматолога иного профиля;
- при лечении зубов на корнях которых имеется воспалительный процесс, предусматривается диспансерное наблюдение и явка в течении года( по назначению врача) для осмотра и проведение рентген контроля;
- врач объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба вкладкой или коронкой, при значительном разрушении коронковой части зуба, после проведенного эндодонтического лечения;
- несоблюдение рекомендаций врача может отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

На все мои вопросы врач ответил, и я добровольно соглашаюсь на предложенное мне лечение.

Дата \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

## Информированное согласие на проведение операции по установке импланта

Я, \_\_\_\_\_, даю добровольное согласие врачу-стоматологу-хирургу \_\_\_\_\_ провести хирургическую имплантацию искусственных титановых имплантов. Мой доктор обследовал мою полость рта и проинформировал меня о всех преимуществах и недостатках данного метода, как наиболее подходящего мне в данной клинической ситуации. Также объяснили мне альтернативные методы лечения - съемное и несъемное протезирование.

Я предупрежден(а) о сложностях и временных неудобствах, связанные с планируемой имплантацией.

Я осведомлена о возможных осложнениях во время анестезии (появлении отеков и ограниченности при движении нижней челюстью) и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я был(а) предупрежден(а) о всех осложнениях после проведения операции (боль, отек в месте установки импланта, онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов, отсроченное заживление). Мне врач объяснил, что в определенных случаях импланты не приживляются и требуют удаления.

Я понимаю, что курение, прием алкоголя могут повлиять на заживление десны и снижают успех лечения. Я понимаю, что хронические заболевания органов и систем организма повышают риск неприживаемости импланта .

В случае, если шансы на имплантацию очень низкие, и я все таки соглашаюсь на операцию, то ответственность за приживление импланта лежит полностью на мне.

Я предупрежден(а) о необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта не менее одного раза в квартал . Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля и обязуюсь приходить на контрольные осмотры ( по графику, оговоренному с доктором). Я также имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным приложением и соглашаюсь проводить операцию имплантацию зуба(ов).

Дата \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_