

ООО «ДЕНТАЛ ОФИС» при составлении данного документа руководствовалось:
1. Основными законами об охране здоровья граждан РФ;
2. Законом о защите прав потребителей.

ООО «ДЕНТАЛ ОФИС»

410035 г. Саратов, ул. Тархова С.Ф., д. 45А, пом.5
Тел. 8(8452)60-90-94, 8-901-804-90-04

✓ «___» _____ 20__ г.

Мне, _____
доктор _____ сообщил о необходимости комплексного лечения:

✓ Я, _____, соглашаюсь с тем, что моё лечение будет проводить врач-стоматолог _____. В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может произвести замену врача или изменить сроки проведения лечения, предварительно уведомив меня и получив мое согласие. Нужное отметить ✓



Информированное добровольное согласие пациента на проведение имплантации.

Мне предоставлена полная и всесторонняя информация в доступной для меня форме о цели, характере, способах медицинского вмешательства, вероятном риске, последствиях и осложнениях, которые могут возникнуть вследствие медицинского вмешательства, применяемых материалах и технологиях. Я согласен с предложенным мне лечащим врачом планом лечения.

Врач ознакомил меня с поставленным диагнозом, который отображен в амбулаторной карте. Данный диагноз является предварительным может быть уточнен в процессе лечения вследствие обстоятельств (изменения здоровья и т.п.) или проявления противопоказаний.

Мне составлен индивидуальный рекомендованный план лечения, который может быть скорректирован в процессе лечения, о чём меня уведомит врач. Я понимаю, что при несоблюдении плана лечения и профилактики, неполном его выполнении возможны следующие последствия и осложнения:

- заболевание кости, атрофия костной ткани;
- воспаление десны, подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления;
- патология височно-нижнечелюстного сустава;
- иррадирующие боли в шею сзади и мышцы лица;
- утомляемость жевательных мышц;
- головные боли;
- увеличение сроков приживления имплантатов;
- отторжение имплантатов;
- обнаружение металлических частей имплантатов;
- увеличение объёма и продолжительности ортопедического лечения или его невозможность.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является полное выполнение рекомендованного врачом плана лечения и профилактики. Мне названы иные возможные альтернативные варианты лечения, а именно: изготовление ортопедических конструкций без проведения имплантации.

Я понимаю и соглашаюсь с тем, что при проведении индивидуального плана лечения и после него возможны следующие осложнения:

-под влиянием анестезии: отек десны и мягких тканей (могут сохраняться в течение нескольких дней), кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции;

-последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения): аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры;

-в ходе и после операции (в редких случаях): боль, отек, инфекция или изменение цвета слизистой оболочки полости рта и десны, онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов, отсроченное заживление десны, повреждение соседних зубов и пломб.

Вышеперечисленные осложнения не являются врачебными ошибками и их последствиями.

Возможно не приживление имплантата, что потребует его удаление.

В этом случае клиника возвращает 100% от суммы за установку имплантата _____ рублей.

После проведения хирургического этапа имплантации (вживление имплантата и заживление десны) последует ортопедический этап (т.е. установка коронки или протеза), который в моих интересах необходимо осуществлять в данной клинике. В случае проведения одного из этапов лечения в другой клинике гарантия не предоставляется.

Мне названы и со мной согласованы стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена. Врач предупредит меня и обоснует изменение стоимости лечения.

Мне разъяснена и понятна информация о сроках и условиях гарантийного обслуживания:

Клиника гарантирует:

- применять эффективные, безопасные для пациента медицинские технологии;
- использовать сертифицированные, эффективные, безопасные для пациента фармакологические средства и материалы в пределах срока их годности и в соответствующих дозах;

-гарантии на приживление имплантата не даются, невозможно предсказать успешность его приживления по причине медицинской специфики данной операции, особенностей десен, костной ткани пациента, реакций организма на введение инородного тела, состояния иммунитета, наличия сопутствующих заболеваний и их течения, а также иных факторов.

Я информирован(а), что при неблагоприятном исходе операции деньги, уплаченные мною за проведенное мною лечение и использованные материалы (имплантаты) возврату не подлежат. В случае не приживания имплантата, повторная операция проводится бесплатно.

-при протезировании на имплантатах сроки гарантии и службы определяются в соответствии с конструкцией протеза:

Наименование	Срок гарантии
Постоянные ортопедические конструкции (одиночные коронки, мостовидные протезы)	1 год
Съемные пластиночные протезы	1 год

При наличии сопутствующей патологии и вредных привычек, оказывающих влияние на системы иммунитета, состояние микроциркуляции, сопровождающейся нарушением обмена веществ и др., гарантии не предоставляются.

При неудовлетворительной гигиене полости рта (уровень которой оценивается с помощью гигиенических индексов) и нарушении графиков профилактических осмотров гарантия аннулируется.

Лечение пациента по гарантии производится при соблюдении пациентом условий договора с ООО «ИМПЛАНТ ЛЮКС».

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

- ортопантограмма, прицельный пленочный или компьютерный снимок;
- консультации врачей-специалистов иного профиля;
- дополнительные методы обследования.

Я понимаю необходимость и обоснованность прохождения профилактического осмотра не реже, чем один раз в полгода после проведения лечения и выполнения плана индивидуальных профилактических мероприятий. Лечащий врач ознакомил меня с условиями эксплуатации данной услуги.

Я предоставил(а) лечащему врачу точные данные о своем физическом и психологическом состоянии, в том числе о случаях непереносимости каких-либо препаратов или методов лечения. Мною были заданы все вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы. Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении. Я согласен(а) с названными условиями лечения. Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью амбулаторной карты пациента. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись _____

Подпись врача _____



Информированное добровольное согласие пациента на ортопедическое лечение.

Врач ознакомил меня с поставленным диагнозом, который отображен в амбулаторной карте. Данный диагноз является предварительным и может быть уточнен в процессе лечения вследствие обстоятельств (изменения здоровья и т.п.) или проявления противопоказаний. Мне предоставлена полная и всесторонняя информация в доступной для меня форме о цели, характере, способах медицинского вмешательства, вероятном риске, последствиях и осложнениях, которые могут возникнуть вследствие медицинского вмешательства, применяемых материалах и технологиях. Я согласен с предложенным мне лечащим врачом планом лечения.

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

Я понимаю, что нарушения в зубочелюстной области могут привести к ряду морфологических и функциональных нарушений в других частях организма. Я понимаю, что протезирование — это заключительный этап ортопедического лечения, для эффективности которого на первом этапе может потребоваться проведение ряда мероприятий, кроме проведения хирургической и терапевтической санации. Это депульпирование, шлифование зубов, коррекция прикуса, устранение парафункций мышц, лечение височно-нижечелюстных суставов, ряд хирургических (коррекция альвеолярного гребня, пластика тканей, уздечек и др.) и парадонтологических вмешательств.

Я проинформирован, что в период проведения манипуляции в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятии оттисков, коррективке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов 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 которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта.

При проведении хирургических вмешательств могут увеличиться сроки изготовления протезов.

При наличии патологии височно-нижечелюстных суставов и других психофизиологических расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломки протезов. Меня также предупредили, что при выявлении скрытых технологических дефектов увеличиваются сроки изготовления протеза, а в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза не за счет пациента.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных.

Подпись _____

Подпись врача _____



Информированное добровольное согласие пациента на лечение заболеваний пародонта.

Врач ознакомил меня с поставленным диагнозом, который отображен в амбулаторной карте. Данный диагноз является предварительным может быть уточнен в процессе лечения вследствие обстоятельств (изменения здоровья и т.п.) или проявления противопоказаний. Мне предоставлена полная и всесторонняя информация в доступной для меня форме о цели, характере, способах медицинского вмешательства, вероятном риске, последствиях и осложнениях, которые могут возникнуть вследствие медицинского вмешательства, применяемых материалах и технологиях. Я согласен с предложенным мне лечащим врачом планом лечения.

Мне разъяснили и мне понятно, что лечение заболеваний пародонта комплексное, в котором могут участвовать несколько специалистов (терапевт, хирург, ортопед, ортодонт, врач-интернист) и занимать значительный отрезок времени (в некоторых случаях до 1 года и более).

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

Мне разъяснили и мне понятно, что при лечении заболеваний пародонта возможны:

- потеря зубов вследствие прогрессивного процесса;
- периодические обострения заболевания, требующие дополнительного профилактического лечения;
- возникновение неотложных состояний в процессе лечения (особенно хирургического), связанные с применением лекарственных средств, анестезии (обморок, коллапс, шок);
- ощущение дискомфорта, болезненности, возникновение реактивного отека, воспаление послеоперационного периода, ретракции десны (оголение шеек корней зубов), повышенной чувствительности шеек зубов.

Я понимаю, что прием лекарственных средств без назначения лечащего врача, а также алкоголь, наркотические средства, курение могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления, уменьшить вероятность успеха лечения.

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

Я даю согласия на рентгенологическое исследование до, во время и после лечения.

Я согласен(а) на проведение метода местной анестезии, выбранного совместно с лечащим врачом. Я обещаю в послеоперационный период, оговоренный врачом не управлять транспортным средством, соблюдать послеоперационный режим (щадящая диета, гигиена полости рта, прием лекарственных средств).

Я согласен(а) с тем, что после окончания лечения необходимо диспансерное наблюдение, в течение которого необходимы регулярные посещения пародонтолога и поддерживающая терапия. Частота посещений, необходимые медицинские препараты и вмешательства определяет пародонтолог.

Я понимаю, что результат лечения мне не гарантирован, но также я понимаю, что мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, качественное проведение всех медицинских манипуляций, применение качественных материалов.

Я осознаю, что преимущества предлагаемого лечения значительно перевешивают возможные осложнения, поэтому я добровольно даю согласие на проведение лечения. Я получил(а) исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен с ним.

Подпись _____

Подпись врача _____



Информированное добровольное согласие пациента на терапевтическое лечение.

Врач ознакомил меня с поставленным диагнозом, который отображен в амбулаторной карте. Данный диагноз является предварительным может быть уточнен в процессе лечения вследствие обстоятельств (изменения здоровья и т.п.) или проявления противопоказаний. Мне предоставлена полная и всесторонняя информация в доступной для меня форме о цели, характере, способах медицинского вмешательства, вероятном риске, последствиях и осложнениях, которые могут возникнуть вследствие медицинского вмешательства, применяемых материалах и технологиях.

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

Я осведомлен о том, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися парестезиями, парезами, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Лечение кариеса, прежде всего глубокого, может сопровождаться осложнениями в виде пульпита, что связано с наличием хронического воспаления в пульпе зуба. в таком случае мне будет предложено эндодонтическое лечение (за мой счет), восстановление пломбы клиника осуществляет по гарантии (бесплатно).

При эндодонтическом лечении возможно:

- ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит лекарственные препараты, если сочтет это нужным.
- отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней.
- тризм (ограничение открывания рта), который обычно длится несколько дней.
- В случае не достижения положительного результата вследствие прогрессирования инфекционного процесса (очага может) потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаление зуба.
- Переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями зубов пациента, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченном канале или может потребоваться их хирургическое удаление.
- Перфорация корневого канала, возникающая при распломбировке ранее леченного канала зуба или лечении

патологически измененного канала, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению.

-Преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта

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

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

При лечении глубокого кариеса, эндодонтических вмешательствах (лечение периодонтита и пульпита) результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов и соблюдение методик

Я даю согласие на обработку моих персональных данных. Я получил(а) исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен с ним

Подпись _____

Подпись врача _____



Информированное добровольное согласие пациента на стоматологическое хирургическое лечение.

Врач ознакомил меня с поставленным диагнозом, который отображен в амбулаторной карте. Данный диагноз является предварительным и может быть уточнен в процессе лечения вследствие обстоятельств (изменения здоровья и т.п.) или проявления противопоказаний. Мне предоставлена полная и всесторонняя информация в доступной для меня форме о цели, характере, способах медицинского вмешательства, вероятном риске, последствиях и осложнениях, которые могут возникнуть вследствие медицинского вмешательства, применяемых материалах и технологиях. Я согласен с предложенным мне лечащим врачом планом лечения.

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

Я осведомлен о том, что вышеуказанное лечебное мероприятие должно проводиться под местной анестезией. Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися парестезиями, парезами, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я информирован также о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений. Основные осложнения оперативного лечения, обусловленные, в первую очередь, анатомно-физиологическими особенностями конкретного пациента; хирургическое лечение в области верхней челюсти при непосредственной близости в верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, перфорации дна придаточной пазухи носа и связанное с этим возможное воспалительное осложнение в области верхнечелюстной пазухи; при хирургических вмешательствах в области челюсти возможно онемение языка, губ, подбородка, зубов нижней челюсти при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу.

Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического, либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.), выражающиеся в прободении дна полости носа и придаточной пазухи, твердого неба, нежелюстного канала, переломов костей, переломов костей верхней и нижней челюстей, флебитов и других неожиданных последствиях.

Мне понятно, что послеоперационный репаративный (восстановительный) период строго индивидуален по длительности и характеру течения.

Я осведомлен, что отсутствие регенерации в зоне костного послеоперационного дефекта не прогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта. В следствие оперативного лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца.

При этом я информирован о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также проинформирован, что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным. 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 лечения.

На все поставленные мною вопросы я получил исчерпывающие ответы специалиста. Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения. Мне понятен предлагаемый метод лечения, я также согласен с возможным расширением его объема в процессе операции по показаниям. Я подтверждаю, что назвал врачу все известные имеющиеся у меня болезни и недуги. Я подтверждаю, что добросовестно ответил на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

О требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме перед операцией и после неё я осведомлен, в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством; после операции необходима щадящая диета, тщательная гигиена полости рта и посещение врача на контрольные осмотры в назначенное врачом время.

Подпись _____

Подпись врача _____