

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, {ФамилияИмяОтчество}, адрес регистрации по месту жительства: {АдресРегистрации}, адрес места фактического проживания: {Адрес}, паспорт {СерияНомерПаспорта}, {Выдан}, {ДатаВыдачи} в соответствии с требованиями ст. 6, 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку в ООО СК ЗВЁЗДНАЯ (Общество с ограниченной ответственностью *Стоматологическая клиника Звёздная*) (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места фактического проживания, контактный телефон, реквизиты полисов обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, данные о перенесенных заболеваниях и случаях обращения за медицинской помощью, - строго в медико-профилактических целях, а именно в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется строго лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранить врачебную и служебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, строго в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все, действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в локальную электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими деятельность Оператора по оказанию медицинских услуг.

Оператор имеет право во исполнение обязательств по оказанию медицинских услуг на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

И ТФ ОМС по специальным каналам передачи данных, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут строго осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную и врачебную тайну.

Передача моих персональных данных другим организациям регламентируется дополнительными соглашениями (договорами) Оператора и возможна только во исполнение требований Законодательства РФ.

Срок хранения моих персональных данных в локальной базе данных, в банке данных или в хранилище данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 (двадцать пять) лет.

Настоящее согласие дано мной бессрочно с правом отзыва (п. 9-10).

Настоящее согласие вступает в действие с момента его подписания.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в любое время посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручен лично под расписку представителю Оператора и зарегистрирован в соответствии с правилами делопроизводства.

Я осведомлен, что в случае отказа от дачи данного согласия, учреждение не будет иметь возможности предоставить мне услуги, оплачиваемые за счет страховых организаций (ОМС и ДМС), поскольку оплата услуг производится на основании реестров, содержащих персонифицированную информацию.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Номер контактного телефона {МобТелефон}

Дата {ТекущаяДатаПолная} г. Подпись _____ /{ФамилияИО} /

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н¹ (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в _____

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____ « ____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) и дата рождения гражданина либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в отношении _____ « ____ » _____ г. рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента и дата рождения при подписании отказа законным представителем)
при оказании мне (представляемому лицу) первичной медико-санитарной помощи
в _____
(полное наименование медицинской организации)

отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н¹: _____
(наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния) _____

(указываются возможные последствия отказа от вышеуказанного (вышеуказанных) вида (видов) медицинского вмешательства, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния))

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой (такие) вид (виды) медицинского вмешательства.

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на анестезиологическое пособие (местное обезболивание)

1. Я, {ФамилияИмяОтчество}, свидетельствую о том, что мне сообщена врачом-стоматологом вся необходимая информация о предстоящем лечении _____ зуба (ов) и что я согласен (а) с названными мне условиями его проведения в ООО СК Звёздная.

Находясь на лечении в медицинской организации, по моему добровольному желанию, прошу провести все необходимые мероприятия и манипуляции, способствующие достижению наиболее безболезненного проведения процедур, связанных с лечением моего стоматологического заболевания. Этот документ содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я ознакомился(ась) с предлагаемым способом обезболивания и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

2. Мне сообщено, разъяснено и понятна информация о сути лечения:

что в ходе лечения будет применена анестезия, выбор которой проводит врач, при моем согласии. Мне разъяснено, что местная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Обезболивание проводится в области стоматологического вмешательства и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с введением анестезирующего вещества. Обезболивание действует местно, т.е. на определенный участок полости рта и близлежащие ткани, включая зубы. Местное обезболивание приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности тканей в зоне действия анестезии, а также к временному ощущению припухлости этой области и уменьшению подвижности. Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов, в зависимости от вида анестетика, способа его введения и индивидуальной восприимчивости организма. Я ознакомлен(а) с сутью метода и действием применяемых лекарственных препаратов, с возможным изменением объема и тактики лечения, в случае изменения состояния моего здоровья, непереносимости мною тех или иных лекарственных препаратов. Альтернативным методом местного обезболивания (анестезии) является отсутствие анестезии или проведение общего обезболивания (наркоз). Последствиями отказа от данной процедуры, может быть невозможность качественного выполнения медицинских манипуляций из-за болезненности процедур, что является следствием проявления боли в момент проведения лечебных мероприятий, при этом, порог болевой чувствительности у каждого человека индивидуален. Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске анестезии, включая вероятность возникновения осложнений в виде: аллергической реакции, потери сознания (обморок, коллапс), учащения сердцебиения, повышения артериального давления, травматизации нервных окончаний и сосудов (проявляющимися изменением чувствительности, небольшими кровоизлияниями в месте укола), тризма (ограниченное открывание рта) и т.п., которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Действие анестезии может быть затруднено при выраженном стрессе, при употреблении алкогольных или наркотических веществ, некоторых медикаментозных препаратов, индивидуальных особенностях организма. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме. Я прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и удовлетворен(а) ответами на мои вопросы. Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею.

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

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____ {ТекущаяДатаПолная} г.
(или его законного представителя) {СерияНомерПаспорта}

Подпись врача _____ {ФамилияИмяОтчествоВрача}

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на лечение кариеса

1. Я, {ФамилияИмяОтчество}, свидетельствую о том, что мне сообщена врачом-стоматологом вся необходимая информация о предстоящем лечении _____ зуба (ов) и что я согласен (а) с названными мне условиями его проведения в ООО СК Звёздная.

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

2.1. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения вследствие непредвиденных обстоятельств.

2.2. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

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

2.4. Возможные альтернативные варианты.

2.5. Возможные альтернативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов) нарушения общего состояния организма.

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

2.7. Возможные осложнения после постановки пломбы (спустя неделю и более): воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий (глубокий кариес) или повреждается в процессе обработки зуба; в этом случае потребуются: а) снять поставленную пломбу, б) пролечить каналы, в) поставить новую пломбу или покрыть зуб коронкой.

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

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня об изменении стоимости и обоснует это.

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

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: ортопантомограмма, прицельный компьютерный снимок; консультация стоматолога (ов) иного профиля.

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

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____ {ТекущаяДатаПолная} г.
(или его законного представителя) {СерияНомерПаспорта}

Подпись врача _____ {ФамилияИмяОтчествоВрача}

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на пародонтологическое лечение

1. Я, {ФамилияИмяОтчество}, свидетельствую о том, что мне сообщена врачом-стоматологом вся необходимая информация о предстоящем лечении _____ зуба (ов) и что я согласен (а) с названными мне условиями его проведения в ООО СК Звёздная.

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

Пародонтологическое лечение - лечение десен и мягких тканей, окружающих зубы. Лечение пародонтитов и гингивитов сложный и долгий процесс, требующий комплексного подхода.

- комплексное лечение включает в себя санацию полости рта, депульпирование и удаление зубов по определению доктора в сочетании с протезированием;

- одним из основных факторов успешного лечения является хорошая гигиена полости рта и проведение соответствующих процедур;

- возможные негативные последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения - прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов), системные проявления заболевания;

- возможны осложнения под влиянием анестезии, а именно; отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, аллергические реакции;

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

- возможны осложнения в процессе лечения, а именно: болевые ощущения, отек десны и мягких тканей, образование гематомы, появление или усиление подвижности зуба (зубов), увеличение атрофии альвеолярного отростка челюсти, обнажение корня;

- пародонтит - генерализованное поражение всего организма и процедуры стоматологов не могут устранить этот процесс полностью, а лишь носят характер симптоматического лечения, направленный на замедление процессов в полости рта и сохранение наибольшего количества зубов; при отказе от одного или нескольких, определенных доктором, этапов лечения (депульпирование, медикаментозное лечение, оперативное вмешательство в полном объеме, физиотерапевтическое лечение и протезирование), или выполнении этих этапов вне нашей клиники невозможно достижение желаемых результатов лечения;

- при оперативном вмешательстве возможно снижение уровня десневого края и увеличение подвижности зубов;

- при наличии зубодесневых карманов более 5 мм и резорбции костной ткани более, чем на S длины корня при подвижности зубов 2-3 степени, меры, предпринятые врачом, могут не привести к желаемому результату по сохранению данного зуба и возможна необходимость удаления этого зуба;

- планируемые результаты лечения могут быть недостижимы из-за специфики парадонтологических изменений и индивидуальных особенностей организма пациента;

Врач внимательно меня осмотрел, разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения. Я так же ознакомлен с возможными нижеперечисленными осложнениями.

Я получил полную информацию о сроках проведения лечения, стоимости его определенных этапов и лечения в целом, об альтернативных методах лечения, ознакомился с планом лечения, при этом мне разъяснено, что в процессе лечения его стоимость может быть изменена в связи с коррекцией намеченного плана лечения, доверяю врачу принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе осуществления лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения моего состояния.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____ {ТекущаяДатаПолная} г.

Подпись врача _____ {ФамилияИмяОтчествоВрача}

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зубов)

1. Я, {ФамилияИмяОтчество}, свидетельствую о том, что мне сообщена врачом-стоматологом вся необходимая информация о предстоящем лечении _____ зуба (ов) и что я согласен (а) с названными мне условиями его проведения в ООО СК Звёздная.

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

2.1. допустимость уточнения диагноза в процессе лечения; допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомят 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: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов) нарушения общего состояния организма; возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола; снижение внимания; аллергические реакции; возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения): аллергические реакции; нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.2. Эндодонтическое лечение проводится без гарантий, так как возможны осложнения в процессе и после лечения, а именно: неэффективного эндодонтического лечения по причине его медицинской специфики, а также индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состояния пародонта, состояния здоровья пациента; перелечивание корневых каналов зубов через некоторое время или проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление этого зуба; поломка инструмента (файла) внутри корневого канала и невозможность его извлечения.

2.3. При перелечивании ранее запломбированных каналов зуба(ов) успех лечения значительно снижается, что связано: с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или «металлический штифт»; с сильной кальцификацией, искривлением корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента и т.д.).

2.4. Возможные осложнения при перелечивании зуба, покрытого коронкой, или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного): необходимость снятия несъёмного зубного протеза, а затем изготовления нового зубного протеза; перелом зуба, что может привести к его удалению.

2.5. После лечения (перелечивания) корневых каналов для уменьшения рисков инфицирования и разрушения коронковой части зуба необходимо восстановление верхней части зуба пломбой и временной искусственной коронкой с последующим протезированием через 6 месяцев.

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

4. Мне названы и со мной согласованы: технологии и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня об изменении стоимости и обоснует это.

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

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: ортопантограмма, прицельный компьютерный снимок, КТ.

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

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Я даю согласие на эндодонтическое лечение без гарантии (п. 2.5) зуба № _____, т.к. отказываюсь от последующего протезирования.

Подпись пациента _____

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____ {ТекущаяДатаПолная} г.
(или его законного представителя) {СерияНомерПаспорта}

Подпись врача _____ {ФамилияИмяОтчествоВрача}

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на хирургическое лечение

1. Я, {ФамилияИмяОтчество}, свидетельствую о том, что мне сообщена врачом-стоматологом-хирургом вся необходимая информация о предстоящем лечении _____ зуба (ов) и что я согласен (а) с названными мне условиями его проведения в ООО СК Звёздная.

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

2.1. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.2. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное добавить, ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов) нарушения общего состояния организма.

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

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

2.5. Возможные осложнения в процессе лечения: дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; повреждение соседних зубов и пломб; натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием; повреждение нерва, приводящее к онемению или подергиванию губы, онемению подбородка, десен, зубов, языка в оперированном участке (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным); перелом челюсти; открытие гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции; вывих или подвывих нижней челюсти.

2.6. Возможные осложнения после лечения: инфекция, требующая дополнительного лечения; ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель; в исключительных случаях оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти, чтобы не проводить обширную операцию.

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

4. Мне названы и со мной согласованы: технологии и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня об изменении стоимости и обоснует это.

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

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

- ортопантомограмма, прицельный компьютерный снимок;
- консультация стоматолога(ов) иного профиля.

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

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____ {ТекущаяДатаПолная} г.

Подпись врача _____ {ФамилияИмяОтчествоВрача}

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на ортопедическое лечение

1. Я, {ФамилияИмяОтчество}, свидетельствую о том, что мне сообщена врачом-стоматологом-ортопедом вся необходимая информация о предстоящем лечении _____ зуба (ов) и что я согласен (а) с названными мне условиями его проведения в ООО СК Звездная.

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

- 2.1. Допустимость уточнения диагноза (показаний к протезированию) в процессе лечения.
- 2.2. Я уведомлен(а) лечащим врачом о причине снятия несъемных ортопедических конструкций по медицинским показаниям и согласен(на) на их снятие. Мне разъяснено, что после снятия несъемных ортопедических конструкций они не пригодны для дальнейшего использования.
- 2.3. Индивидуальный рекомендованный план ортопедического лечения и подготовки к нему.
- 2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения: перелом зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведения эндодонтического лечения); прогрессирующие зубоальвеолярных деформация; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики нарушение функций речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата зубов остаточного прикуса; заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатология.

2.6. Возможные осложнения на разных этапах протезирования: под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола; снижение внимания; аллергические реакции; при снятии старых ортопедических конструкций; при получении оттисков; после постановки протеза.

2.7. Необходимость проводить коррекцию либо переделку протеза (по ситуации) по причинам, не зависящим от работы врача, но обусловленным неизбежными изменениями в полости рта.

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

3.1. Я осведомлен(а), что приварка новых элементов, изменение цвета, анатомической формы и размеров искусственных коронок, виниров, искусственных зубов по желанию пациента после сдачи работы – не относятся к гарантийным случаям и оплачиваются отдельно независимо от этапа ортопедического лечения.

4. Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом с предоплатой 100 %. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня об изменении стоимости и обоснует это.

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

• **Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут потребоваться обследования:** ортопантомограмма, прицельный компьютерный снимок, консультация стоматолога(ов) иного профиля. Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

6. Ожидаемыми результатами лечения являются: восстановление основной функции зубочелюстной системы (пережевывание пищи) и эстетической целостности зубного ряда. Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением во внешнем виде, субъективна, поэтому чисто эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может быть основанием для предъявления претензий. Мне понятно, что результат лечения может отличаться от ожидаемого мною и что установленные конструкции (вкладки, коронки, искусственные зубы, полукоронки, виниры) эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от моих зубов и других искусственных конструкций в ротовой полости, что не является следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлено конструктивными особенностями материалов, состоянием моих зубов и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, понимаю, что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях с предоплатой 100 %.

Подпись пациента _____ {ТекущаяДатаПолная} г.

Подпись врача _____ {ФамилияИмяОтчествоВрача}

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на профессиональную гигиену полости рта

1. Я, {ФамилияИмяОтчество}, свидетельствую о том, что мне сообщена врачом-стоматологом вся необходимая информация о предстоящем лечении _____ зуба (ов) и что я согласен (а) с названными мне условиями его проведения в ООО СК Звёздная.

2. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о сути данной процедуры:

2.1. Необходимость и частота проведения профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным планом профилактических мероприятий, рекомендованных мне лечащим врачом.

2.2. Допустимость коррекции назначенного плана и технологий в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения по рекомендованному мне плану профилактических мероприятий.

2.3. Возможные альтернативные варианты.

2.4. Возможность, в результате проведения гигиенической чистки, осветления зубов только до натурального цвета, т.к. эта процедура не относится к отбеливающим технологиям.

2.5. Возможные негативные последствия частичного или полного отказа от проведения профессиональной гигиены, а именно: прогрессирование заболеваний пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета.

2.6. Возможные осложнения на этапах и после лечения, а именно:

- в процессе лечения - дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, образование гематомы, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; выпадение дефектных пломб, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием;

- после лечения - повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в деснах, появление или усиление подверженности зубов, обнажение корня зуба.

3. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях, а именно: невозможность обозначения сроков гарантии по причине специфики данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки).

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения процедур;
- стоимость процедур.

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

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

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышесказанное.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____ {ТекущаяДатаПолная} г.

Подпись врача _____ {ФамилияИмяОтчествоВрача}

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на отбеливание зубов

1. Я, {ФамилияИмяОтчество}, свидетельствую о том, что мне сообщена врачом-стоматологом вся необходимая информация о предстоящем лечении _____ зуба (ов) и что я согласен (а) с названными мне условиями его проведения в ООО СК Звёздная.

2. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о процедуре отбеливания зубов:

- 2.1. Эффект отбеливания зубов невозможно определить заранее в силу медицинской специфики данной процедуры. Противопоказаниями отбеливания зубов являются: возраст до 18 лет, беременность, кормление грудью, аллергические реакции на перекись водорода.
- 2.2. Перед проведением процедуры отбеливания необходимо: провести профессиональную чистку зубов и закрыть пломбировочным материалом кариозные полости и открытые каналы зубов. При внутрикоронковом отбеливании зуба необходимо перепломбировать его корневые каналы.
- 2.3. При проведении отбеливания зубов возможно появление чувствительности зубов, жжения и воспаления десен - эти явления носят временный характер.
- 2.4. При проведении отбеливания зубов с удаленным нервом (стенки таких зубов обычно истончены и ослаблены) возможно появление трещин и переломов стенок зуба.
- 2.5. При нарушении пациентом рекомендованной врачом схемы отбеливания зубов возможно возникновение необратимых изменений в структуре зубов. В этом случае, а также в случае, когда у пациента появляются интенсивные, не проходящие боли зубов или десен в процессе отбеливания зубов, врач прекращает процедуру отбеливания, даже если не достигнут желаемый для пациента результат.
- 2.6. Окончательный цвет зубов определяется через 2 недели после завершения процедуры отбеливания.
- 2.7. Все инородные материалы в полости рта (пломбы, коронки, накладки) не отбеливаются, поэтому может потребоваться их замена после окончания процедуры отбеливания зубов.
- 2.8. Продукты, напитки, химические и лекарственные препараты, содержащие интенсивные красители, табакокурение могут снизить эффект отбеливания зубов или вызвать быстрый возврат прежнего цвета после проведенного отбеливания. В срок до 14 дней после проведенного отбеливания зубов, необходимо полностью исключить из пищевого рациона пигментосодержащие продукты.
- 2.9. Длительность сохранения эффекта отбеливания зубов зависит от индивидуальных особенностей пациента. В дальнейшем возможно проведение полных повторных курсов отбеливания.
- 2.10. Для поддержания эффекта отбеливания необходимо: ограничить курение, употребление интенсивных пищевых красителей; проводить краткие курсы домашнего отбеливания; пользоваться специальными отбеливающими зубными пастами и проходить курсы профессиональной гигиены.
- 2.11. В случае, если произошло заглатывание отбеливающего геля, возможно появление легких диспептических явлений.

3. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях: невозможность предсказания достижения точного результата процедуры отбеливания; невозможность определения гарантийных сроков и сроков службы в отношении достигнутого результата по причине медицинской специфики процедуры отбеливания, привычек и образа жизни пациента.

4. Мне названы и со мной согласованы: технологии и материалы; сроки проведения; стоимость отбеливания одного зуба и объема работ в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня об изменении стоимости и обоснует это.

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

6. Я даю согласие на фотографирование моих зубов до и после процедуры, понимая, что эти фотографии останутся собственностью клиники. При любом последующем использовании клиники данных фотографий регламент закона о сохранении медицинской информации нарушен не будет.

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

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____ {ТекущаяДатаПолная} г.

Подпись врача _____ {ФамилияИмяОтчествоВрача}

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на ортодонтическое лечение

1. Я, {ФамилияИмяОтчество}, свидетельствую о том, что мне сообщена врачом-ортодонтом вся необходимая информация о предстоящем лечении _____ зуба (ов) и что я согласен (а) с названными мне условиями его проведения в ООО СК Звёздная.

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

2.1. Я получил(а) от своего 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.

2.2. Я предварительно проинформирован(а), что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортодонтической аппаратуры является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении мной 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.

2.3. Я знаю, что ортодонтическая аппаратура – это инородное тело в полости рта. Привыкание к съемной ортодонтической конструкции требует большого терпения и времени и в среднем длится 2 – 6 недель. При необходимости 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.

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

2.5. 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.

2.6. 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.

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

2.8. Я предупрежден(а), что в случае расфиксации (отрыва) брекета, перелома ортодонтической дуги, повторная фиксация брекета, замена ортодонтической дуги оплачивается отдельно независимо от этапа ортодонтического лечения.

3. Я согласен(а) после окончания активного периода лечения носить ретенционный аппарат в течение всего периода, необходимого для закрепления результата лечения. Я предупрежден(а), что в противном случае может развиваться рецидив патологии прикуса.

4. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях.

4.1. Я осведомлен(а), что перелом, трещина в пластмассовых деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, приварка новых элементов – не относятся к гарантийным случаям и оплачиваются отдельно независимо от этапа ортодонтического лечения.

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

5.1. Я предупрежден(а) о необходимости периодического посещения врача-ортодонта в сроки, оговоренные с врачом. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества ортодонтического лечения.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____ {ТекущаяДатаПолная} г.

Подпись врача _____ {ФамилияИмяОтчествоВрача}

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на лечение кариеса временных зубов

1. Я, {Родитель}, паспорт {СерияНомерПаспорта}, являясь законным представителем ребенка {ФамилияИмяОтчество}, свидетельствую о том, что мне сообщена врачом-стоматологом / врачом стоматологом детским вся необходимая информация о предстоящем лечении _____ зуба (ов) и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения в ООО СК Звёздная.

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

2.1. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения вследствие непредвиденных обстоятельств: кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба или практически незаметным для родителей, может оказаться глубоким в силу анатомических особенностей временных зубов - тонкие стенки зуба и близкое расположение сосудисто-нервного пучка. Такая особенность обязательно учитывается при выборе методики лечения.

2.2. Возможные альтернативные варианты: удаление пораженного зуба (зубов); непроведение лечения.

2.6. **Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения:** прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; переход воспаления на зачаток постоянного зуба; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); нарушения общего состояния организма; развитие осложнений.

2.7. **Возможные осложнения под влиянием анестезии,** а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте проведения анестезии; снижение внимания; аллергические реакции. Поскольку во время обезболивания и некоторое время после чувствительность мягких тканей значительно снижена, ребенок может травмировать «накусывать себе щеки», губы.

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

2.9. **Возможные осложнения после постановки пломбы:** выпадение пломбы, воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий (глубокий кариес) или повреждается в процессе обработки зуба; в этом случае потребуются: снять поставленную пломбу, провести лечение осложненного кариеса временного зуба, поставить новую, удалить временный зуб.

2.10. **Существует несколько методов лечения кариеса временных зубов:** лечение поверхностного кариеса (в пределах эмали) - сошлифовывание пораженной эмали, как правило, центральных зубов с последующей аппликацией реминерализирующими препаратами; лечение среднего кариеса - традиционная механическая обработка с пломбированием специальными пломбировочными материалами; лечение глубокого кариеса методом отсроченного пломбирования: 1 этап - частичная щадящая механическая обработка (чаще ручными инструментами) с наложением на дно кальцийсодержащего препарата для снижения чувствительности и укрепления слабоминерализованного слоя дентина под временной пломбой; 2 этап - снятие временной пломбы, дальнейшая обработка и пломбирование.

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

4. **Мне названы и со мной согласованы:** технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня об изменении стоимости и обоснует это.

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

6. **Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения может понадобиться ортопантограмма, прицельный компьютерный снимок.**

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

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись законного представителя ребенка _____ {ТекущаяДатаПолная} г.

Подпись врача _____ {ФамилияИмяОтчествоВрача}

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на лечение осложненных форм кариеса молочных зубов

1. Я, {Родитель}, паспорт {СерияНомерПаспорта}, являясь законным представителем ребенка {ФамилияИмяОтчество}, свидетельствую о том, что мне сообщена врачом-стоматологом/ врачом-стоматологом-детским вся необходимая информация о предстоящем лечении _____ зуба (ов) и что я согласен (а) с названными мне условиями его проведения в ООО СК Звездная.

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

2.1. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения вследствие непредвиденных обстоятельств: удаление пораженного зуба (зубов), не проведение лечения.

2.2. Возможные альтернативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное добавить, ненужное вычеркнуть): прогрессирование воспалительного процесса; переход воспаления на зачаток постоянного зуба; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния организма; развитие осложнений (у детей оно происходит быстрее, чем у взрослых, что обусловлено особенностями кровоснабжения челюстно-лицевой области).

2.3. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола; снижение внимания; аллергические реакции. Поскольку после анестезии чувствительность тканей значительно снижена, ребенок может травмировать щеки, губы.

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

2.5. Возможные осложнения в процессе и после лечения, а именно:

- определенный процент (5-10) неэффективного лечения молочных зубов по причине его медицинской специфики, а также неэффективного лечения молочных зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья;

- необходимость хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба.

2.6. Существование нескольких методов лечения осложненных форм кариеса молочных зубов:

- удаляется пульпа из коронковой части зуба, а в корневой части зуба пульпа сохраняется. Такое лечение проводится в одно или три посещения врача;

- оставшаяся часть пульпы удаляется из корней и из коронковой части, корневые каналы пломбируются лекарственными препаратами. Такое лечение возможно в два или три посещения.

2.7. После лечения осложненных форм кариеса необходимо восстановление верхней части зуба, т.е. постановка пломбы и коронки (если зуб разрушен более чем на $1/2$).

2. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантиях.

3. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня об изменении стоимости и обоснует это.

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

5. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: получение прицельного компьютерного снимка.

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

Я подтверждаю своей подписью, что прочитал (а) вышеизложенную информацию, информация и используемая медицинская терминология мне понятна. Мною прочитаны и понятны возможные осложнения и последствия лечения.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись законного представителя ребенка _____ {ТекущаяДатаПолная} г.

Подпись врача _____ {ФамилияИмяОтчествоВрача}