

**ДОГОВОР**  
**На оказание платных медицинских услуг**  
**г. МОСКВА**

ООО «Сильвия», именуемая далее Клиника, в лице заместителя Генерального директора Масловой С.А., действующая на основании доверенности, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемый(ая) далее Пациент, с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

Клиника оказывает Пациенту платные медицинские услуги по своему профилю медицинской деятельности согласно действующему Прейскуранту и медицинской лицензии выданной Департаментом здравоохранения г. Москвы. Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность Клиники, указан в лицензии на осуществление медицинской деятельности Клиники.

**ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**Клиника** обязуется:

- Предоставить платные медицинские услуги Пациенту, заключившему настоящий договор;
- Установить конкретные виды и объем оказываемых медицинских услуг;
- Ознакомить Пациента с Прейскурантом предоставляемых медицинских услуг по настоящему договору;
- Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для оказания медицинской помощи в рамках выполнения обязательств по настоящему договору;
- Вести необходимую медицинскую документацию;
- Вести учет видов, объемов, стоимости медицинских услуг, оказанных Пациенту, а также денежных средств, поступивших от Пациента;
- Предоставить по требованию Пациента всю необходимую документацию, касающуюся предмета настоящего договора в течение 30 дней.

**Пациент** обязуется:

- Своевременно производить расчеты с Клиникой за оказанные медицинские услуги;
- Соблюдать медицинские предписания;
- Своевременно оповещать медицинский персонал Клиники, оказывающий медицинскую помощь, о наличии у Пациента противопоказаний, аллергий, хронических заболеваний;

**СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

Оплата оказываемых услуг производится на основе действующего прейскуранта согласно Плану Лечения, в день предоставляемых медицинских услуг или на условиях предоплаты.

Клиника имеет право в одностороннем порядке пересматривать цены на медицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего договора и вводить дополнительные услуги. Измененный прейскурант размещается в Клинике и на сайте [www.slclinic.ru](http://www.slclinic.ru), при разночтении преимущество имеет Прейскурант в Клинике. При предоплате конкретных услуг изменение стоимости может быть только по согласованности Сторон по договору. Настоящим пациент подтверждает, что ознакомился с прейскурантом клиники.

**ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

Клиника осуществляет прием пациента после оформления амбулаторной карты, согласия Пациента на обработку персональных данных, информированного добровольного согласия на оказание медицинских услуг, заполнения анкеты о состоянии здоровья и при предъявлении Пациентом документа, удостоверяющего личность. Клиника предоставляет медицинские услуги Пациенту в соответствии с действующим законодательством РФ и правилам внутреннего распорядка Клиники. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения РФ. Клиника не обеспечивает Пациента бесплатными лекарственными препаратами. В случае нарушения Пациентом медицинских предписаний, Правил внутреннего распорядка Клиники, отказа Пациента от подписания согласия на обработку персональных данных, согласия пациента на медицинское вмешательство, Клиника вправе отказать такому Пациенту в предоставлении медицинских услуг. В случае отказа от предоставления медицинской помощи, Клиника вправе удержать понесенные расходы из оплаченной стоимости медицинской услуги. По письменному согласию Пациента, информация, составляющая врачебную тайну, может быть передана третьим лицам. Перед началом лечения для Пациента составляется План Лечения. Подписывая настоящий Договор, Пациент соглашается и понимает, что План Лечения в некоторых клинических ситуациях может измениться. В таком случае Пациенту составляется новый План Лечения. Сторонами может быть согласован дополнительный перечень услуг, оказываемых Пациенту, с указанием конкретных объемов, стоимости и сроков оказания услуг. Пациент предупрежден и согласен с тем, что при предоставлении платных медицинских услуг по настоящему договору, может возникнуть необходимость оказания дополнительных платных медицинских услуг. Клиника имеет право привлекать третьих лиц для исполнения обязательств по настоящему Договору.

**ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

Клиника несет ответственность за качество предоставляемых медицинских услуг в рамках настоящего договора и выбор методов лечения в соответствии с действующим законодательством РФ. Клиника не несет ответственности за причиненный вред здоровью Пациента в случае, если вышеуказанные события произошли в результате нарушения Пациентом медицинских предписаний и рекомендаций. При наличии задолженности по оплате Клиника вправе приостановить дальнейшее оказание медицинских услуг до даты погашения задолженности.

**СРОК ДЕЙСТВИЯ, ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА**

Договор вступает в силу со дня его подписания и действует бессрочно. Настоящий договор может быть досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Сторонами.

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я \_\_\_\_\_, проживающий по адресу \_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_ в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подписывая данный договор, подтверждаю свое согласие оператору персональных данных ООО «Сильвия», юридический адрес: 127473 г. Москва, ул. Селезневская, д. 34, корп. 3, на обработку в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг моих персональных данных, включающих:

- фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, контактный телефон, адрес электронной почты, возраст;
- паспортные данные или данные иного документа, удостоверяющего личность, данные ИНН, СНИЛС, водительское удостоверение;
- место работы;
- данные о состоянии моего здоровья, диагнозе заболевания, о факте обращения за медицинской помощью.

Исполнитель:

«Пациент» (ФИО)

ООО «Сильвия»

Юридический адрес: РФ, 127473 г. Москва,

ул. Селезневская, д. 34, корп 3

ИНН/КПП 7743503014/774301001

Р/сч 40702810400000015225

Банк: АО «Райффайзенбанк»

К/сч 30101810200000000700

БИК 044525700

Заместитель Ген.директора



Маслова С. А.

\_\_\_\_\_ номер и серия паспорта \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись)

## **ПОЛОЖЕНИЕ Об установлении гарантийных сроков и сроков службы на результат оказания стоматологических услуг**

Настоящее Положение разработано в соответствии с Гражданским кодексом РФ, Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ, от 21.11.2011, Законом РФ «О защите прав потребителей» (в редакции Федерального Закона РФ №2-ФЗ от 09.01.96г., Федерального Закона РФ от 17.12.99г. №212-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «О защите прав потребителей»), Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (утв. Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012г. №1006). Настоящее Положение определяет сроки гарантии и сроки службы на результат оказания стоматологических услуг в ООО «Сильвия».

В целях настоящего положения, с учетом п. 28 Постановления Правительства от 04.10.2012 N 1006 «Об утверждении Правил оказания платных медицинских услуг» ООО «Сильвия» может предоставить пациенту (по его требованию и в доступной для него форме) информацию об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. В том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

### **В безусловном, обязательном порядке мы гарантируем:**

Предоставление полной, достоверной и доступной по форме информации о состоянии здоровья пациента; Проведение консультации и консилиума специалистами Клиники (по медицинским показаниям); Проведение лечения специалистами, имеющими сертификаты, подтверждающие их право на осуществление данного вида медицинской помощи; Учет показателей общего здоровья пациента при осуществлении диагностических, лечебных и профилактических мероприятий стоматологами всех специализаций; Использование методов и технологий лечения, применяемых в Клинике, в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

**На большинство работ (услуг), а также медицинских изделий и материалов, используемых при оказании стоматологической помощи в Клинике установлены гарантийные сроки и сроки службы.**

В отдельных случаях гарантийные сроки и сроки службы могут устанавливаться лечащим врачом в зависимости:

от индивидуальных особенностей пациента; клинической картины болезни (ситуация в полости рта); наличия сопутствующих заболеваний, которые напрямую или косвенно приводят к изменениям в зубах и окружающих тканях.

**В ситуации, когда лечащий врач уверен в отсутствии прогнозируемой гарантии, но пациент настаивает на продолжении лечения - врач обязан отразить гарантийный срок и срок службы в амбулаторной карте с четкой формулировкой: «без гарантии».**

## **Гарантийные сроки**

### **Терапевтическая стоматология:**

Композитные реставрации на режущие края зубов - 1 год;  
Пломбы, эстетические реставрации из композитного материала - 2 года;  
Лечение пульпита - 1 год;  
Герметизация фиссур - 2 года;  
Керамические накладки Emax - 3 года.

### **Ортопедическая стоматология:**

Цельнокерамические, металокерамические коронки, цельнокерамические виниры - 3 года;  
Цельнолитые вкладки - 3 года;  
Мостовидные протезы, в том числе на имплантатах - 3 года;  
Всех виды постоянных съемных протезов (в т.ч. бюгельных протезов) - 3 года;  
Временные или промежуточные пластмассовые конструкции на временной фиксации - 1 мес;  
Временные и промежуточные акриловые съемные протезы - 6 месяцев;

### **Хирургическая стоматология:**

Имплантация зубов - 3 года;  
Пластика мягких тканей - 1 год.

### **Ортодонтическое лечение:**

Ортодонтический ретейнер - 2 года;  
Лечение на элайнерах (при посещении врача не реже 1 визита за 90 дней) - 1 год.

### **Список манипуляций, проводимых без гарантии:**

Профессиональная гигиена;  
Наложение пародонтологической повязки или временной пломбы;  
Пломбы/реставрации эндодонтически леченых зубов;  
Пародонтологическое лечение;  
Отбеливание зубов;  
Лечение пульпита молочных зубов;  
Эндодонтическое лечение (перелечение корневых каналов, эндодонтическое лечение при периодонтите);  
Хирургические манипуляции (костная пластика)\*.

\*Гарантийный срок на проведенную операцию по костной пластике не предоставляется. Клиника гарантирует проведение операции квалифицированным специалистом, использование стерильного оборудования и инструментария и материалов, сертифицированных на территории РФ. При необходимости проведения повторной операции (неудовлетворительный результат операции или отторжение костнопластического материала) оплата производится в полном объеме согласно прейскуранту.

### **Гарантия аннулируется:**

Клиника снимает гарантии в случае курения пациента (при проведении хирургических манипуляций);  
Несоблюдения назначений и рекомендаций доктора;  
Неявки на контрольные осмотры;  
Несоблюдения гигиены полости рта и рекомендаций по проведению процедур профессиональной гигиены полости рта, а также при несоблюдении гигиены съемных протезов и капп;  
Не предоставления (полностью или частично) данных о состоянии здоровья (перенесенные и сопутствующие заболевания);  
Наличия общего заболевания, в связи с которым имеется влияние на жевательный орган (сахарный диабет, эпилепсия, остеопороз, состояние после радио- и химиотерапии и др.);  
В случае спортивных или бытовых травм;  
При наличии вредных привычек (употребление наркотических веществ, злоупотребление алкоголем);  
При наличии повышенной стираемости зубов или бруксизма.

### **Гарантия не распространяется:**

На зубы, леченные в ином лечебном учреждении и протезированные в ООО «Сильвия»;  
На зубы, леченные в ООО «Сильвия» и протезированные в другом лечебном учреждении;  
Имплантаты, установленные в ООО «Сильвия» и протезированные в другом лечебном учреждении;  
Имплантаты, установленные в ином лечебном учреждении и протезированные в ООО «Сильвия»;  
Гарантия также не распространяется в случае невыполнения платежных обязательств перед клиникой за оказанные медицинские услуги.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
**на осмотр и консультацию врача-стоматолога**  
(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство (осмотр, сбор анамнеза, диагностику и т.д., другое вмешательство: \_\_\_\_\_) будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_ и другие врачи ООО «Сильвия». Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящем медицинском вмешательстве. Я предоставляю имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья и соглашаюсь на проведение осмотра, фото и видеофиксацию состояния полости рта, манипуляции и исследования, включая рентгенологические, для получения максимально полной картины состояния зубочелюстной системы, диагностики и назначения нескольких вариантов лечения, для возможности врача согласовать их со мной. Я понимаю, что для проведения комплексного стоматологического лечения пациенту необходимо: - рентгенологическое обследование – рентгеновский снимок, ортопантограмма, компьютерная томограмма, телерентгенограмма; - проведение профессиональной гигиены полости рта; - консультация: стоматолога-терапевта, стоматолога-ортодонта, стоматолога-хирурга, стоматолога-ортопеда. Я в доступной и понятной мне форме проинформирован(а) врачом о результатах предварительного осмотра, получил(а) сведения о результатах диагностического исследования, наличии заболеваний, диагнозе и прогнозе, обоснование необходимости лечения, методах лечения, связанных с вмешательством рисках. Я информирован(а) о предполагаемом плане лечения, существующих методиках лечения, используемых лекарственных средствах; мною заданы все вопросы, необходимые для полного понимания сути и способов лечения, и получены на них исчерпывающие ответы. Я осведомлен(а), что в процессе медицинского вмешательства может возникнуть необходимость изменения назначенного первоначально лечения из-за возникшей клинической необходимости, а также необходимость назначения дополнительных исследований и процедур, которые мне будет необходимо пройти в процессе лечения. Мною получены и мне понятны рекомендации врача в период амбулаторного лечения о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого Клиника не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и к Клинике. Мне разъяснено, кроме того, что лечебные процедуры могут быть прерваны врачом или отменены из-за их неадекватной плохой переносимости моим организмом, из-за недостаточной подготовленности организма к этим процедурам или при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам врачом могут быть заменены лекарственные средства. При оказании стоматологической 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 соглашаюсь на анестезию при лечении. Выбор метода и препаратов предоставляю врачу-стоматологу. Мне известны возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, последующее затруднённое открывание рта, аллергические реакции. При интенсивных болевых реакциях или воспалительных процессах на корнях зубов или в дёснах возможно назначение анальгетиков и/или антибиотиков. Мне известны возможные последствия приема анальгетиков и/или антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры. Я соглашаюсь на проведение рентгенологических исследований в процессе лечения и после него и предоставляю лечащему врачу выбор метода, количество и временные сроки для исследований. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: - ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма; -консультация стоматолога(ов) и/или специалистов иного профиля. Я проинформирован(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. Я понимаю, что гарантийные обязательства на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта. В случае невыполнения этих рекомендаций гарантия не сохраняется. **Необходимые условия для достижения положительного результата лечения:** - точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача, - последовательное выполнение пациентом **всех рекомендаций, а также этапов и сроков** стоматологического лечения, рекомендованных врачом, - соблюдение рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют. Я понимаю, что успешное лечение возможно только при наличии данных компьютерной томографии. Это исследование необходимо выполнить до начала стоматологического лечения.

(ФИО пациента)

(подпись)

(ФИО врача)

(подпись)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
**на местное обезболивание (анестезия)**  
(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, \_\_\_\_\_, настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о необходимости, характере, и возможных осложнениях такого медицинского вмешательства, как местное обезболивание (анестезия), целью которого является безболезненное выполнение любой стоматологической манипуляции. **Мне разъяснено, что** стоматологическое лечение зачастую бывает чрезвычайно болезненным и нуждается в связи с этим в обезболивании. Местная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания и **последствиями отказа от неё** могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции из-за сильной боли и, следовательно, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, усиление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. При попытке врача выполнить определенные виды стоматологического лечения без применения местной анестезии возможны: потеря сознания, болевой шок. Могут возникнуть или обостриться заболевания сердечно-сосудистой и нервной системы. **Я проинформирован(а) о том, что** в зависимости от объема необходимого лечения врач-стоматолог выбирает вид анестезии или сочетает несколько видов местной анестезии. Такими видами являются: **Аппликационная анестезия** – это поверхностное обезбоживание. Оно применяется при снятии зубных отложений, удалении подвижных зубов, а также перед проведением более глубокого вида анестезии, чтобы снять неприятные ощущения от укола. Для этой цели применяются анестетики в виде спрея, мази или геля. **Местная инъекционная анестезия** проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма. Местная инъекционная анестезия в свою очередь подразделяется на: - Инфильтрационная анестезия. Самый частый вид обезболивания в стоматологической деятельности, всем известная так называемая «заморозка» Инфильтрационную анестезию выполняют инъекцией анестетика под слизистую оболочку, надкостницу или внутритканно. Этот вид обезболивания применяется при самых различных стоматологических манипуляциях; - Проводниковая анестезия. При этом виде обезболивания препарат подводят к ветвям тройничного нерва, при этом обезболивающий эффект наблюдается в заданной области иннервации. Проводниковая анестезия применяется при оперативных вмешательствах в области больших коренных зубов, при операциях на деснах и больших по объему вмешательствах. Альтернативой данному медицинскому вмешательству является отказ от лечения или выполнение лечения без обезболивания. Я осознаю всю тяжесть последствий данного решения. Я осознаю также, что врач может, а иногда и **ДОЛЖЕН** отказаться от выполнения многих стоматологических манипуляций без обезболивания из-за невозможности обеспечить мою (представляемую) безопасность. **Осложнениями местной анестезии могут явиться:** аллергические реакции организма на медикаментозные препараты, обморок, коллапс, шок, травматизация нервных окончаний и сосудов, потеря чувстви-

тельности, невриты, невралгии, постинъекционные гематомы. Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма раствора анестетика и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. **Эффект обезболивания бывает затруднен** в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ или при выраженном эмоциональном стрессе.

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

**Я понимаю и принимаю то**, что при проведении местной инъекционной анестезии положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

**Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) следующего медицинского вмешательства врачом ООО «Сильвия»: обезболивание инъекционное + аппликационное, обезболивание инъекционное, обезболивание аппликационное.**

\_\_\_\_\_  
(ФИО пациента)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО врача)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение хирургического лечения

**(открытый синус-лифтинг, закрытый синус-лифтинг, проведение направленной костной регенерации,**

**костная аутопластика, удаление зубов, кюретаж пародонтальных карманов другое хирургическое вмешательство)**

в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что хирургическое вмешательство (аугментацию костной ткани, открытый синус-лифтинг, закрытый синус-лифтинг, направленная костная регенерация, костная аутопластика, удаление зубов, кюретаж пародонтальных карманов другое вмешательство: \_\_\_\_\_) будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_ и другие врачи ООО «Сильвия». Мне в доступной

форме разъяснена и понятна информация о предстоящем медицинском вмешательстве. Мне планируется провести операцию увеличения объема кости в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка (части). Я понимаю суть вмешательства и характер наиболее вероятных осложнений, связанных с ним. Хирургия не является точной наукой, все осложнения не могут быть спрогнозированы и перечислены. Кроме того, хирург не может гарантировать 100% состоятельность костной ткани в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка, либо его части, равно, как и на нижней челюсти. Операции заключаются в проведении разреза и формирования лоскута (десны), препарирования кости для осуществления доступа к полости пазухи, отслаивании слизистой пазухи, введение биопластических материалов и их фиксация различными методами (остеоиндукторы, остеоиндукторы или моя костная ткань), установки барьерной мембраны и ушивании раны. Для забора собственной костной ткани необходимы дополнительные разрезы в полости рта и забор костных блоков или стружки с нижней или верхней челюсти. Имплантаты могут быть установлены одновременно с проведением операции наращивания костной ткани в области пазухи, или альвеолярного отростка нижней челюсти, однако такая возможность существует не всегда и оценивается врачом в процессе операции. Допустимо уточнение диагноза в процессе лечения. В ряде случаев окончательный диагноз можно установить только в процессе операции. Объём и сроки плана лечения могут изменяться и будут зависеть от индивидуальных особенностей моего организма и клинической картины во время проведения лечения и после лечения. При этом я информирован(а) о других(альтернативных) способах лечения, их преимуществах и недостатках.

**Возможные последствия на этапах и после лечения, а именно;** под влиянием анестезии, а именно: отёк мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок. Возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (при их назначении): аллергические реакции, нарушение состава кишечной микрофлоры. В процессе операции – кровотечение, натяжение уголков рта, трещины в углах рта, нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что может привести к необходимости отказаться от продолжения или выполнения операции. После операции возможны дискомфорт, отёк, заложенность носа, а также болезненность. Мне понятно, что несмотря на асептику и антисептику в процессе операции и после нее возможны: инфицирование раны и верхнечелюстной пазухи, болезненность, кровоточивость из раны в полости рта и из носа, гематома мягких тканей, временное или постоянное онемение дёсен, зубов верхней челюсти и неба, утрата костного материала, экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления, формирование соустья между пазухой и полостью рта, отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем, усугубление патологии ВНЧС при её наличии, развитие воспаления, присоединение инфекции, в том числе гноеродной флоры, образование свища, а также необходимость в проведении дополнительной операции. Я обязуюсь выполнять все рекомендации врача до и после операции: Принимать назначенные лекарственные средства; Не проводить работу, связанную с физическими нагрузками в течение срока, определённого врачом. Не принимать алкоголь и наркотические средства. Соблюдать гигиену полости рта, а также, являться на профилактический осмотр 1 раз в 1,5 месяца в первые 6 мес. после операции, 1 раз в 3 месяца, в последующие 6 месяцев, 1 раз в год в дальнейшем и в индивидуальные сроки, установленные врачом. Я понимаю, что необходимо строго следовать указаниям врача; если пациент не найдет возможности лежать неподвижно и будет шевелиться или глотать без предупреждения, возможно повреждение тканей лица или шей инструментами, в том числе с последующим образованием рубцов. Я понимаю, что в процессе стоматологического лечения возможны травмы, порезы повреждения лица и мягких тканей. Иногда могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих в стоматологической клинике, и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь гарантии. Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершённом лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к стоматологической клинике.

**Я предупреждён, что курение препятствует процессам заживления раны, и может вызвать отторжение остеопластического материала, привести к отрицательному результату операции и еще более усугубить первоначальную клиническую ситуацию.**

**Мне названы и со мной согласованы:** Технологии (методы) и биоматериалы, которые будут использованы при лечении; Сроки проведения лечения; Стоимость отдельных процедур и лечения в целом; Известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. **Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования:** - ортопантомограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма;- консультация стоматолога(ов) и(или) специалистов вног профиля. **Необходимые условия для достижения положительного результата лечения:** - точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача, - последовательное выполнение пациентом всех этапов и сроков стоматологического лечения, рекомендованных врачом. Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения. Я понимаю, что успешное лечение возможно только при наличии данных компьютерной томографии. Это исследование необходимо выполнить до начала стоматологического лечения. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантомограммы, денальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров. **Подписанием этого документа я выражаю своё согласие на проведение рентгенологического исследования.** Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого до-

кумента. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

\_\_\_\_\_  
(ФИО пациента)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО врача)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

**На проведение восстановительного ортопедического лечения (протезирования)/реставрации зубов ортопедической конструкцией**  
(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что восстановительное ортопедическое лечение (протезирование)/керамическую реставрацию зубов, либо другое медицинское вмешательство: \_\_\_\_\_ будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_ и другие врачи ООО «Сильвия».

Я понимаю, что для достижения оптимального результата необходимо строго следовать этапам лечения, а также строго соблюдать план лечения, прежде чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность поломки ортопедической конструкции. Протезирование является, своего рода, вмешательством в биологический организм и, как любое медицинское вмешательство, не всегда может обеспечить пожизненное сохранение результата лечения, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, т.к. полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата. Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости и разрушении протезов и твердых тканей зубов. Поэтому, через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных изменений и строго индивидуально для каждого человека, возникает необходимость коррекции, либо повторного протезирования (реставрации). Я понимаю, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает, что приводит к их разрушению. Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами (конструкциями, изделиями), а также обязуюсь приходить на контрольные осмотры и проводить профессиональную гигиену полости рта в соответствии с рекомендациями врача. Мне разъяснено, что восстановительное ортопедическое лечение проводится для реставрации зубов путем изготовления зубных протезов, обеспечивающих восстановление анатомической формы зубов с учетом их цвета и оттенков, а также распределение нагрузки за счет восстановления контакта с зубами-антагонистами. Помимо восстановления и реставрации разрушенных зубов, целью протезирования является восстановление отсутствующих зубов, для чего также используются виниры, коронки и другие ортопедические конструкции.

Винир - тонкая керамическая пластинка, плотно фиксированная на поверхности зуба. Для его изготовления с поверхности зуба снимается тонкий слой, после чего делается слепок подготовленного зуба и делается керамическая накладка. Постоянный винир крепится на поверхности зуба с помощью специального затвердевающего вещества. Виниры изготавливаются индивидуально для каждого пациента, выглядят естественно и эстетично. В зависимости от цели различают эстетические, восстанавливающие форму зуба, восстанавливающие форму зубного ряда, виниры для коррекции дефекта цвета зуба и др.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что последствиями отказа от протезирования коронковой (видимой) части зуба могут быть: перелом зуба, 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 информирован(а), что альтернативными методами лечения являются восстановление разрушенного зуба пломбами (с укрепляющими штифтами и без), коронками, удалением зуба или отсутствие лечения вообще. Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях во время и после протезирования: индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи, изменение внешнего вида лица и улыбки, фонетики, постепенное ослабление фиксации протезов, их деформация, перелом, трещины или скол облицовочного материала. Также возможна повышенная чувствительность зубов после их пришлифовки. При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов или других нейромюофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов, натяжение уголков рта, с последующим их раскрекиванием, травмирование мягких тканей полости рта, мягких тканей лица, порезы лица, особенно в случаях, когда пациент нарушает рекомендации не двигаться, не глотать, не разговаривать без предупреждения во время проведения хирургического лечения.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после проведения восстановительного ортопедического лечения являются болевые ощущения в области вмешательства и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в ООО «Сильвия» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения выше описанных осложнений. Я понимаю, что через какое-то время, зависящее от скорости протекания процессов старения, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки изготовленных конструкций(изделий). Я осведомлен(а) о возможных осложнениях, возникающих во время эксплуатации протезов/реставраций (особенно при увеличении нагрузки), в т.ч. переломов протезов/реставраций, образовании трещин, сколов, изменении цвета, стирании зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах, развитие кариозного процесса в опорных зубах, развития воспалительного процесса в тканях, накусывания мягких тканей щёк, травматизация мягких тканей и др. Мне сообщено, что во время работы врача независимо от используемых инструментов и материалов, а также квалификации врача в связи с особенностью самой манипуляции возможно травмирование тканей зуба и тканей, окружающих зуб. Из-за этого возможно увеличение количества посещений и дополнительных манипуляций в связи с необходимостью заживления тканей. Я предупрежден(а), согласен(на) и понимаю, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным результатом. Я понимаю, что невозможно гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезами/реставрациями. Меня ознакомили с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования (реставрации), с возможными альтернативными вариантами протезирования (реставрации). Я понимаю, что даже длительное предшествующее ортодонтическое лечение не обеспечивает сохранности протезирования (реставрации) и не может гарантировать отсутствия в будущем сколов, трещин, повреждения протезов зубов. Я ознакомлен(а) с тем, что, в процессе протезирования для достижения оптимального эстетического и функционального результатов возможно избирательное пришлифовывание (или даже покрытие коронкой) соседних зубов или зубов-антагонистов. Как правило, окончательное решение принимается только после тщательного изучения диагностических моделей челюстей. В случае отказа от данной манипуляции, доктор не может гарантировать успех протезирования и оптимальный функциональный и эстетический результат. На протезирование несъёмными цельнометаллическими, цельнокерамическими или металлокерамическими конструкциями (виниры, коронки, накладки, вкладки) при отсутствии предварительного ортодонтического лечения или после его проведения, но при отсутствии ортогнатического прикуса, гарантия не дается, если иного не установлено врачом соответствующей записью в медицинской карте. При протезировании на зубах, леченных ранее вне клиники, при отказе от перелечивания корневых каналов, гарантия распространяется только на ортопедическую конструкцию, клиника не несет ответственности за состояние и сохранность опорных зубов. В случае появления или обострения воспаления около корня(ей), перелома корня(ей) или коронки(ок) опорного(ых) зуба(ов), снятие ортопедической конструкции, лечение или удаление опорного зуба(ов), переделка ортопедической конструкции осуществляется согласно прейскуранту (является новой платной услугой). При протезировании на имплантатах, установленных вне клиники, гарантия распространяется только на ортопедическую конструкцию и клиника не несет ответственности за срок службы имплантата. При протезировании на зубах необходима явка на осмотр в течение 2 недель с момента протезирования, в случае неявки на прием гарантия на этот вид протезирования не распространяется. При протезировании на имплантатах обязательная явка на прием – через 2 недели с момента протезирования. В случае несоблюдения рекомендаций возможно появление осложнений вплоть до ишемии и некроза участков десны и резорбции кости в дальнейшем. Соблюдение рекомендаций по проведению профессиональной гигиены

полости рта и полировки реставраций не реже 1 раза в 6 месяцев у того же врача в той же клинике, где проводилось протезирование, является обязательным условием для сохранения гарантии. Я предупрежден(а) о необходимости ношения ночной каппы после окончания протезирования. Я понимаю, что мне также рекомендовано наблюдение у пародонтолога для профилактики и своевременного лечения возможных осложнений, для удаления грануляций, в случае необходимости. При перелечивании зубов с реставрациями и коронками пародонтологическое лечение необходимо. В случае его отсутствия создаются условия для образования зубо-десневого кармана, застревания фрагментов пищи, размножения микроорганизмов, что может сопровождаться со временем появлением неприятного запаха, воспаления десны, разрушением зубов и кости. В случае невыполнения рекомендаций гарантии не сохраняется. Требование по изменению цвета, формы и вида изделия после его фиксирования в полости рта является новой платной услугой. Врач сообщил мне, что реставрация не идентична по составу тканям зуба, со временем каждая реставрация теряет гладкость и блеск, нарушается краевое прилегание, формируются зоны неровностей и шероховатостей в связи с чем увеличивается количество зубного налета и создаются условия для размножения микроорганизмов. В связи с этим поверхность любой реставрации требует полировки минимум каждые 6 месяцев у того же врача, который занимался моим ортопедическим лечением. Я понимаю, что полировка является достаточно трудоёмким процессом и будет оплачиваться каждый раз отдельно. Я понимаю, что необходимо строго следовать указаниям врача, если пациент не найдет возможности лежать неподвижно и будет шевелиться, дергаться или глотать без предупреждения, возможно повреждение тканей лица или шеи инструментами, в том числе с последующим образованием рубцов. Я понимаю, что в процессе стоматологического лечения возможны травмы, порезы повреждения лица и мягких тканей. Иногда могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих в стоматологической клинике, и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь гарантии. Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершенном лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к стоматологической клинике. Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны различные ситуации, предвидеть которые в момент получения информированного согласия невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью (перенос приема из-за отключения электроэнергии, замена одного доктора другим в случае болезни первого и т.д.). При отказе от предварительного ортодонтического лечения возможны сколы керамики, разрушение конструкций и недостижение желаемого эффекта от ортопедического лечения. При отказе от коррекции десны возможен асимметричный вид конструкций, возможно воспаление с поражением тканей зубов. При ортопедическом приеме и после него возможны следующие осложнения: - под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции; - после одонтопрепарирования зуба может возникнуть повышенная чувствительность ко всем температурным и химическим и развиться пульпит - потребуются лечение каналов зуба (удаление); - парафункциональные нарушения ВНЧС; - рецессия участка десны, формирование зубодесневого кармана; - разрушение культи зуба, перелом культи зуба; - атрофия альвеолярного гребня; - отеки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение проницаемости десен; - аллергическая реакция на материалы протезов; - изменение дикции; - переломы и сколы различных видов установленной мне конструкций; - травматизация слизистой оболочки рта; - сколы облицовки протезов из-за неправильного использования; - нарушения фиксации протезов; - возможное изменение плана протезирования и, как следствие, стоимости работ при несостоятельности опорных зубов или при изменении пожеланий пациента; - появление запаха изо рта и образование налета из-за несоблюдения пациентом гигиены полости рта и рекомендаций врача; - изменение сроков протезирования и (или) плана лечения (стоимости и сроков); - 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 и. Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен(а) с тем, какие могут возникнуть осложнения в случае отсутствия лечения или невыполнения этапов и сроков рекомендованного плана 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, парафункциональные нарушения - общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, неврологическая патология. Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу. Я соглашаюсь на проведение рентгенологических исследований в процессе лечения и после него и предоставляю лечащему врачу выбор метода, количество и временные сроки для исследований. Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесенных заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моем здоровье. Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния. **Необходимые условия для осуществления гарантии и достижения положительного результата лечения:** - точное соблюдение и выполнение всех предписаний и рекомендаций врача, - последовательное выполнение пациентом всех этапов и сроков стоматологического лечения, рекомендованных врачом. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования: - ортопантомограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма; - консультация стоматолога(ов) и(или) специалистов иного профиля. Мне названы и со мной согласованы: - количество коронок, виниров, вкладок, протезов, ортопедических конструкций, особенности конструкций, материал, из которого изготовлены коронки(конструкции), особенности подготовки опорных зубов или имплантации, применяемые лекарственные средства, технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; - этапы и сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена, как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения, в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть, вплоть до отказа от дальнейшего лечения. Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях. Экземпляр договора мною получен. Я понимаю, что успешное лечение возможно только при наличии данных компьютерной томографии. Это исследование необходимо выполнить до начала стоматологического лечения. Я подтверждаю, что текст информированного согласия мною прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

\_\_\_\_\_  
(ФИО пациента)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО врача)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

### **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

#### **на проведение профессиональной гигиены полости рта**

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство (осмотр, сбор анамнеза, диагностику и т.д., другое вмешательство: \_\_\_\_\_) будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_ и другие врачи ООО «Сильвия». Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящем медицинском вмешательстве. Профессиональная гигиена полости рта - это комплекс профилактических мероприятий, направленных на оздоровление органов и тканей полости рта и профилактики возникновения и развития стоматологических заболеваний. Профессиональная гигиена полости рта заключается в снятии мягкого и пигментированного налета, удаления наддесневых и/или поддесневых зубных отложений (зубного камня) и нехирургическом лечении десен. Мне в доступной для меня форме даны разъясне-

ния о целях и методах профессиональной гигиены, ее рисках, о необходимости лечения кариеса и некариозных поражений твердых тканей зуба, эндодонтического лечения, разъяснен 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 медицинских манипуляций выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях **при проведении профессиональной гигиене полости рта, терапевтическом лечении и после него**: - мне объяснили, что после процедуры гигиены полости рта может повыситься чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям, аллергические реакции на некоторые стоматологические материалы, кровоточивость и воспаление десен в первые 2-5 дней. У некоторых пациентов (индивидуальная особенность, особенность питания, наличие вредных привычек) после проведения профессиональной гигиены полости рта при недостаточной гигиене ротовой полости возможно образование зубного налета и зубного камня в более короткие (по сравнению со среднестатистическими) сроки; - под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции, кардиотоксические реакции; - повреждение мягких тканей в случае, если я буду двигаться, не сидеть в кресле неподвижно или глотать, не предупредив врача; - возможность изменения цвета зубов или пломбы, особенно при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свёкла, вишня и т.д.); - обострение кариеса и осложненных форм кариеса (пульпит, периодонтит); - боли при накусывании; - отлом коронковой части зуба, разрушение реставраций и/или ортопедических конструкций, сколы; Я соглашаюсь на анестезию при лечении. Выбор метода и препаратов предоставляю врачу-стоматологу. Мне сообщены возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, боль, кровоизлияние в месте инъекции, последующее затруднённое открывание рта, аллергические реакции, кардиотоксические реакции, шок. При интенсивных болевых реакциях или воспалительных процессах на корнях зубов или в дёснах возможно назначение анальгетиков и/или антибиотиков. Возможные последствия приема анальгетиков и/или антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: - ортопантомограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма; - консультация стоматолога(ов) и/или специалистов иного профиля. 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. **Необходимые условия для достижения положительного результата лечения**: - точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача, - последовательное выполнение пациентом **всех рекомендаций, а также этапов и сроков** стоматологического лечения, рекомендованных врачом. Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

\_\_\_\_\_  
(ФИО пациента)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО врача)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение ортодонтического лечения**

(в соответствии со ст. ст. 20, 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что ортодонтическое лечение (исправление прикуса и неправильного стоящих зубов, другое вмешательство \_\_\_\_\_) будет проводить врач стоматолого-ортодонт \_\_\_\_\_ и другие врачи ООО «Сильвия».

Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящем лечении. Я 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. В ООО «Сильвия» ортодонтическое лечение проводится с помощью элайнеров, брекетов и съемных ортодонтических пластинок. Элайнер (элайнеры) - это съёмный ортодонтический аппарат, представляющий собой набор специальных капп на зубы. Элайнеры используются для коррекции положения зубов. При каждой замене каппы ощущается некоторое неудобство. Это вполне естественно, так как каппа становится активной в процессе лечения. Это легкое неудобство исчезает за один-два дня. Не рекомендовано жевать жевательную резинку во время ношения капп, так как это может привести к поломке аппарата. Желательно не курить, не пить чай, кофе и/или фруктовые соки с каппами на зубах, чтобы избежать формирования на них пятен. Каппы могут перестать быть невидимыми, при этом их клиническое действие не нарушается. Каппу следует снимать перед употреблением пищи. После каждого приема пищи следует аккуратно прочистить зубы зубной щеткой и нитью для чистки зубов. Только после этого следует надевать каппу. Неправильное использование капп, несоблюдение сроков ношения и указаний врача-ортодонта может продлить сроки лечения и быть причиной неуспешного лечения. При нежелании пациента продолжать начатое ортодонтическое лечение с применением элайнеров денежные средства за оплаченное лечение пациенту не возвращаются. При принятии решения приступить к ортодонтическому лечению методом с применением элайнеров, я обязуюсь использовать индивидуальные каппы **не менее 22 часов в сутки**. Обязуюсь снимать каппы только во время приема пищи или для их чистки: 15 минут - утренняя чистка; 30 минут - во время завтрака; 30 минут - обеденное время; 30 минут - во время ужина; 15 минут - вечерняя чистка. Не снимать элайнеры больше чем на 30 минут во избежание рецидива неправильного положения зубов. Я обязуюсь, в соответствии с инструкцией по использованию элайнеров, мыть каппы прохладной водой, чтобы не деформировать их, используя нейтральные моющие средства (не использовать зубную пасту); хранить свои каппы в специальном контейнере, чтобы предотвратить их потерю или поломку; извлекать свои каппы в области задних моляров, чтобы случайно не сломать их. Я обязуюсь проводить профессиональную гигиену не реже одного раза в 3 месяца (если не рекомендованы другие сроки), а также следить за своей гигиеной полости рта и состоянием капп, чтобы предотвратить возникновение воспалительных заболеваний десен и зубов, которые приводят к замедлению курса лечения и изменению результата лечения. Я должен(а) пунктуально являться на контрольные осмотры, назначенные мне стоматологом-ортодонтом для проверки эффективности курса лечения. При каждом моем посещении стоматолога-ортодонта, мне будет выдаваться следующий комплект элайнеров, и я буду продолжать курс лечения так, как мне назначили. Я буду использовать каждую пару капп в течение установленного срока. Если у меня не будет возможности явиться на прием к доктору в назначенную дату, я буду продолжать носить последний набор капп до того момента пока не приду на прием. Я понимаю, что несвоевременное обращение к доктору приведет к увеличению срока коррекционного периода. В течение процедуры выравнивания возможны некоторые изменения (в зависимости от сложности клинического случая) и возможно потребуется смена элайнеров. В этих случаях будет составлен дополнительный план лечения. После завершения процесса лечения с применением системы элайнеров наступает ретенционный период. Срок ретенционного периода и метод закрепления достигнутого результата лечения будут установлены индивидуально, с учетом имеющейся патологии прикуса до начала ортодонтического лечения. Лечение в ретенционном периоде входит в общую стоимость лечения методом с применением элайнеров. Достижение ожидаемого положительного эффекта ортодонтического лечения в виде сохранения ровных зубных рядов возможно только после ношения ретенционного аппарата. Отказ от ношения ретенционного аппарата, а также его неправильное использование могут обусловить рецидив имевшейся у пациента аномалии (деформацию и ротацию отдельных зубов и зубных рядов, появление скученности зубов, деформации прикуса), снижение качества стоматологических услуг, удлинение сроков ортодонтического лечения. В период ортодонтического лечения необходимо регулярное посещение врача-ортодонта с целью контроля за проведением ортодонтического лечения, активации ортодонтического аппарата, последовательного изменения положения зубов. В случае отказа от врачебного контроля, несоблюдения врачебных рекомендаций возможно длительное или абсолютное недостижение положительного результата ортодонтического лечения. В период ортодонтического лечения необходимо тщательное соблюдение гигиены полости рта. В период ретенционного лечения уровень гигиены, адекватный имевшему место в период активного лечения, должен сохраняться. В ходе ортодонтического лечения возможно развитие следующих осложнений, не являющихся дефектами качества медицинской услуги, а именно: возникновение аллергических реакций на компоненты ортодонтической аппаратуры, появление очагов деминерализации эмали и развитие кариозного процесса в зонах кон-

такта ортодонтической аппаратуры с эмалью зуба и вне его, что может потребовать дополнительного стоматологического лечения, появление болевых ощущений, дискомфорта в области верхней и нижней челюсти при пережевывании и откусывании пищи, повышение подвижности зубов вследствие необходимости их перемещения, достигаемого за счет перестройки кости в процессе ортодонтического лечения, обострение заболеваний пародонта, обусловленных скрытыми очагами инфекции, развитие воспалительных процессов в области десен (гингивита), сопровождающихся кровоточивостью, болезненностью, припухлостью десен, травмирование слизистой оболочки полости рта, деформация отдельных зубов или зубных рядов после снятия ортодонтического аппарата, резорбция (рассасывание) корней зуба вследствие значительного перемещения зубов в процессе ортодонтического лечения; использование съемной ортодонтической аппаратуры может сопровождаться образованием двойного прикуса, что может обусловить нарушение функции височно-нижнечелюстного сустава. Кроме того, при обострении заболеваний пародонта, ортодонтическом лечении депульпированных зубов с хроническими очагами инфекции возможно обострение воспалительного процесса, что может потребовать эндодонтического лечения, при неэффективности которого возможно удаление зуба. Также в процессе лечения может возникнуть необходимость совместного лечения у врача-ортодонта и врача-пародонтолога. Денежные средства, уплаченные за конструкцию, к ношению которой я не могу привыкнуть, возвращены не будут. С целью предупреждения поломки ортодонтического аппарата, достижения положительного эффекта в процессе ортодонтического лечения мне рекомендован отказ от приема в пищу продуктов питания, повышающих риск возникновения кариеса, заболевания десен и способствующих нарушению фиксации ортодонтической конструкции, в том числе употребление очень горячих, очень холодных и кислых продуктов, ирисок, жевательной резинки, вафель, чипсов, халвы, орехов, сушек, сухарей и иных твердых (жестких) продуктов. При этом употребление в пищу твердых овощей и фруктов (морковь, яблоки), иных продуктов, требующих нагрузки при откусывании, должно исключать их откусывание (перед употреблением продукты необходимо резать на кусочки, которые следует пережевывать боковыми зубами). Перелом, поломка, трещины в пластмассовых или металлических деталях ортодонтического аппарата или его металлических частях, требующие, в том числе приварки новых элементов, замены утерянных и (или) отклеившихся брекетов, возникшие в процессе ортодонтического лечения, а также изготовление нового ретенционного аппарата в случае его поломки, возникшие по моей вине, не относятся к гарантийным случаям и оплачиваются мною отдельно. Допустимо уточнение диагноза в процессе лечения. Мне разъяснен рекомендованный план лечения и подготовка к нему. Поскольку невозможно точно предсказать изменения клинической картины, а также аккуратность в выполнении мною рекомендаций и намеченного плана технологии лечения, его стоимость и сроки могут измениться в процессе лечения. Успех лечения во многом зависит и от индивидуальных особенностей моего организма. Я понимаю, что возможны негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения. Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортодонта в сроки, указанные мне лечащим врачом. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортодонта приводит к снижению качества и удлинению сроков ортодонтического лечения. Успех и ожидаемый положительный эффект ортодонтического лечения зависит от качества санации полости рта (зубов и слизистой оболочки) до начала лечения, а также от строгого соблюдения мною рекомендаций лечащего врача-ортодонта, а именно: своевременных и регулярных осмотров у врача-ортодонта как в процессе активного периода лечения, так и после него (в период пользования ретенционным аппаратом), тщательного соблюдения гигиены полости рта. Я проинформирован(а) о возможных осложнениях на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, не зависящих от врача: - изменение состояния эмали зубов (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов), повреждение эмали; - возможное обострение заболеваний пародонта (гингивит, пародонтит, пародонтоз). В этом случае я понимаю необходимость проведения комплексного лечения у врача-пародонтолога и использования рекомендованных зубных щеток, ёршиков, ирригатора, а также лекарственные средства. Я предупрежден(а), что при ортодонтическом лечении возможно обострение заболеваний пародонта, обусловленное скрытыми очагами инфекции (хронический пародонтит); - об избыточном перемещении, излишней подвижности зубов, усилении зубоальвеолярных деформаций – вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта; - о невозможности перемещения зуба – вследствие горизонтального расположения зуба в кости или сращения корня зуба с окружающей тканью; - об усилении рецессии десны – вследствие начальных признаков этого процесса до начала лечения; - о рассасывании верхушек корней – вследствие гормональных нарушений, неконтролируемого использования ортодонтического аппарата; - о нарушении речевой функции – временно, на период ортодонтического лечения; - о возможной поломке ортодонтической аппаратуры вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съемного аппарата в бассейне и др.); - о частичной или полной потере достигнутого результата – вследствие несоблюдения требований к закрепляющему периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача (например, удалить зачатки третьих моляров), несвоевременного обращения к врачу, в том числе, при поломке аппарата. Мне известно, что для нормализации прикуса возможно потребуется удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. Я предупрежден(а), что при несоблюдении рекомендаций врача, в частности ненадлежащей гигиене полости рта, а также отсутствию наблюдения у смежных специалистов (врача-пародонтолога, врача-хирурга) негативные последствия для моего организма могут превысить таковые при патологии прикуса и врач будет вынужден прекратить ортодонтическое лечение в моих же интересах в целях предотвращения негативных явлений или вреда моему здоровью. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Я осведомлен, что перелом, трещина в пластмассовых или металлических частях ортодонтического аппарата, а также введение дополнительных элементов в аппарат не относятся к гарантийным случаям и должны быть оплачены отдельно. Поврежденные или утерянные мною части ортодонтического аппарата заменяются на новые, при этом их стоимость и фиксация оплачиваются отдельно. **Мне сообщена вся интересующая меня информация и со мной согласованы:** - методы и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; - сроки проведения лечения. Мне сообщено и понятно, что названные сроки лечения являются ориентировочными. Конечные сроки лечения могут быть как больше – так и меньше и зависят от многих факторов, таких как точность и своевременность выполнения мной плана лечения и всех рекомендаций лечащего врача, выполнения графика посещений врача в процессе лечения, возникновения различных осложнений в процессе лечения, особенности роста и развития зубочелюстной системы у детей и подростков и пр. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом. 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 развиться рецидив патологии прикуса. Я знаю, что контроль за ношением аппарата будет осуществлять врач-ортодонт. 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 моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров. **Подписанием этого документа я выражаю своё согласие на проведение рентгенологического исследования.** Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения. Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

\_\_\_\_\_  
(ФИО пациента)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО врача)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

### **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

#### **на проведение процедуры отбеливания зубов**

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, \_\_\_\_\_, что процедуру отбеливания зубов будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_ и другие врачи ООО «Сильвия».



Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящей процедуре отбеливания зубов, которое представляет собой химический процесс осветления ткани. Активным компонентом отбеливающих зубы препаратов является перекись водорода. Отбеливание проводится с целью осветления зубов и улучшения эстетики и не является лечением. Отбеливание является сложной химической процедурой, успех которой зависит от индивидуальных анатомических, физиологических и других особенностей моего организма, от которых также могут зависеть и возможные общие и местные осложнения. Степень отбеливания зубов невозможно спрогнозировать заранее в силу медицинской специфики данной процедуры. Абсолютными противопоказаниями для проведения отбеливания зубов являются: возраст до 18 лет, беременность, кормление грудью, аллергические реакции на перекись водорода. Перед проведением процедуры отбеливания необходимо провести профессиональную гигиену полости рта. При проведении отбеливания зубов возможно появление чувствительности зубов и воспаления десен. После процедуры отбеливания возможно возникновение чувствительности одного или нескольких зубов. При проведении отбеливания зубов с удаленным нервом (стенки которых истончены и ослаблены) необходимо дополнительно вводить отбеливающее вещество внутрь зуба, что может привести к появлению трещин или даже переломов стенок зуба. Тем не менее химические вещества в процессе отбеливания не наносят вред тканям и не повреждают зубы, т.к. все отбеливающие системы и аппараты, разрешенные к использованию в Российской Федерации, прошли доклинические и клинические испытания и имеют необходимые сертификаты. При нарушении рекомендованной врачом схемы отбеливания зубов, а также попытках провести процедуру самостоятельно, возможно возникновение необратимых изменений в структуре зубов. В этом случае, а также в случае, когда у пациента появляются интенсивные, не проходящие жалобы со стороны зубов или десен в процессе отбеливания зубов, врач вынужден прекратить проведение процедуры отбеливания, даже если не достигнут желаемый для пациента результат.

**Мне понятно, что** врач не может гарантировать достижения стопроцентного совпадения цвета зубов после проведения процедуры отбеливания с моими ожиданиями. В результате проведения процедуры отбеливания возможно окрашивание десны в белый цвет. Также возможно появление пятнистости зубов. Также я понимаю, что все инородные материалы в полости рта (пломбы, коронки, накладки) не отбеливаются, в связи с чем может потребоваться их замена после окончания процедуры отбеливания зубов, что может повлечь дополнительные расходы и затраты времени. Любые продукты, фрукты, ягоды, напитки, химические и лекарственные препараты, содержащие красители, а также курение могут помешать процессу отбеливания зубов или вызвать быстрый возврат цвета после проведенного отбеливания зубов. Длительность сохранения эффекта отбеливания зубов зависит от индивидуальных особенностей и образа жизни, в дальнейшем возможно повторение курсов отбеливания. Для поддержания эффекта отбеливания зубов необходимо прекратить или ограничить курение и употребление пищевых красителей, по рекомендации врача проводить краткие повторные курсы домашнего отбеливания (один раз в 3-6 месяцев или реже) в строгом соответствии с рекомендациями, пользоваться специальными отбеливающими зубными пастами. При попадании отбеливающего геля на кожу или в глаза необходимо срочно смыть гель проточной водой. В случае, если произошло заглатывание отбеливающего геля, возможно появление легких диспептических явлений. При интенсивных болевых реакциях возможно назначение анальгетиков. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно: невозможно предсказать, будет ли достигнут желаемый результат, невозможно определить гарантийные сроки по причине медицинской специфики процедуры отбеливания, исходного цвета зубов, клинической картины и различных особенностей организма. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе отбеливания, сроки проведения процедуры, стоимость отбеливания. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно прогнозировать заранее. **Необходимые условия для достижения положительного результата лечения:** - точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача, - последовательное выполнение пациентом **всех рекомендаций, а также этапов и сроков** стоматологического лечения, рекомендованных врачом. Я соглашаюсь на проведение рентгенологических исследований в процессе лечения. Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесенных заболеваниях, аллергиях и непереносимости препаратов, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моем здоровье. Я доверяю лечащему врачу и медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния. Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения. Я понимаю, что после проведения процедуры цвет моих зубов измениться предположительно на 1 тон. Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

(ФИО пациента)

(подпись)

(ФИО врача)

(подпись)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение дентальной имплантации**

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что зубную имплантацию, другое медицинское вмешательство: \_\_\_\_\_) будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_ и другие врачи ООО «Сильвия».

Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения.

**Мне в доступной форме сообщена информация о предстоящей зубной имплантации.**

Я ознакомлен(а) с планом лечения, его длительностью, стоимостью и сроками.

Я понимаю, что план лечения может быть изменен моим лечащим врачом или отменен в зависимости от ситуации и клинической картины, а также на хирургическом или ортопедическом этапе, о чем меня проинформирует лечащий врач. Я понимаю, что в большом количестве случаев перед имплантацией необходимо проведение костной пластики и/или пластики мягких тканей. Если я отказываюсь от этого этапа врач не сможет гарантировать установку имплантата в соответствии с методическими рекомендациями и/или в оптимальной ортопедической позиции.

До моего сведения доведены альтернативные планы лечения. Я информирован(а) о других (альтернативных) способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я проинформирован(а), что при моем отказе от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения возможны негативные проявления: заболевание кости, атрофия костной ткани, воспаление десны, подвижность зубов и имплантата, что может привести к необходимости их удаления, патология височно-нижнечелюстного сустава, головные боли, иррадиирующие боли в шею и мышцы лица, утомляемость жевательных мышц и др. Я понимаю, что возможны осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, снижение внимания, аллергические реакции, шок, коллапс, анафилактический шок. Я понимаю, что возможны последствия приема обезболивающих средств и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры, а также другие проявления, описанные в инструкции к лекарственному средству, назначенному врачом. Я понимаю, что мне необходимо ознакомиться с инструкцией к лекарственному средству и принимать его строго по назначению врача. Мне сообщены возможные осложнения в ходе и после операции: боль, отек, затрудненное открывание рта, в области углов рта могут образоваться трещины, гематомы тканей челюстно-лицевой области, кровотечения, инфекция, изменение цвета и формы слизистой оболочки полости рта и десны; воспаление десен, онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов, повреждение имеющихся соседних зубов, перелом кости, периимплантит (воспаление костной ткани около имплантата), требующий удаления имплантата, убыль костной ткани в области соседних зубов, убыль костной ткани в случае периимплантита, требующая в некоторых случаях дополнительных сложных операций по ее восстановлению для последующей повторной имплантации. Также описаны редкие случаи перелома имплантатов при установке. Операция имплантации на верхней челюсти может осложниться перфорацией верхнечелюстной пазухи, полости носа, в боковом отделе нижней челюсти – повреждением нижнего альвеолярного нерва, что может потребовать дополнительного лечения. Я понимаю, что необходимо строго следовать

указаниям врача, если не смогу лежать неподвижно и буду шевелиться, дергаться или глотать без предупреждения, возможно повреждение тканей лица или шеи инструментами, в том числе с последующим образованием рубцов. Я понимаю, что в процессе стоматологического лечения возможны травмы, порезы повреждения лица и мягких тканей. Иногда могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Возможно, потребуются направление для консультации и лечения в другие медицинские учреждения и в связи с этим точная продолжительность лечения, в том числе и этапов, зависящих от хирургического лечения (например, протезирования) может изменяться. После проведения хирургического этапа имплантации (оживления имплантата и заживления десны) последует ортопедический этап (установка коронки или протеза в соответствии с планом лечения), который в моих интересах желательно проводить в этой же клинике, т.к. нагрузка на имплантат(ы) может быть рассчитана иначе, что может, привести к негативным последствиям и не достижению положительного результата лечения.

**Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Мне названы и со мной согласованы:** - количество имплантатов, материал, из которого изготовлены имплантаты, производитель имплантатов, технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; - методы протезирования; я понимаю, что, выбирая имплантацию, я отказываюсь от съемного протезирования. - этапы и 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, вплоть до отказа от имплантации и лечения.

**Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною** профилактических мероприятий, соблюдение гигиены полости рта, регулярного лечения, в котором я буду нуждаться, визитов в указанные сроки, рекомендаций по режиму труда и отдыха, приема лекарственных препаратов, назначенных врачом, важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, и т.д. Я предупрежден(а), что курение, прием алкоголя и наркотических препаратов может существенно осложнить заживление операционной раны и приживление имплантата, а также привести к отторжению уже «прижившегося» имплантата в любое время. Я понимаю, что, если в случае возникновения осложнений ничего не предпринимать, то последствия могут оказаться тяжелыми и привести к длительному лечению. Поэтому обязуюсь о любом, особенно негативном, изменении самочувствия немедленно информировать врача и следовать его рекомендациям. Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры. Я знаю, что при появлении непонятных мне явлений дискомфорта в полости рта или во всем организме после операции, мне необходимо позвонить врачу в клинику по телефону. **Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут потребоваться дополнительные обследования:** ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма; консультация стоматолога(ов) и(или) других специалистов. Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении, о характере предстоящего вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений. Врач внимательно осмотрел меня, собрал информацию о моем здоровье в прошлом и настоящем, разъяснил преимущества, риски и сложности предполагаемого метода лечения, альтернативы данному виду лечения и этапы лечения. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие мне ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу. Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских манипуляций может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций. Я доверяю врачам принимать необходимые решения в соответствии с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего состояния. Я понимаю, что гарантийные обязательства на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта. В случае невыполнения этих рекомендаций гарантия не сохраняется. Я согласен(согласна) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения. Я соглашаюсь на тип и метод анестезии, выбранный врачом. Я понимаю, что успешное лечение возможно только при наличии данных компьютерной томографии. Это исследование необходимо выполнить до начала стоматологического лечения. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантограммы, денальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров. **Подписанием этого документа я выражаю своё согласие на проведение рентгенологического исследования.** Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

(ФИО пациента)

(подпись)

(ФИО врача)

(подпись)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на проведение эндодонтического лечения зубов**

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что лечение (восстановление зуба(ов), реставрация зуба(зубов), либо другое медицинское вмешательство: \_\_\_\_\_) будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_ и другие врачи ООО «Сильвия».

Мне в доступной для меня форме сообщена информация о проведении эндодонтического лечения зуба(ов). Врач объяснил мне, что целью терапевтического лечения является лечение зубов с целью их сохранения. В случае полного или частичного отказа от рекомендованного лечения возможны негативные последствия, а именно: развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; появление отека мягких тканей; потеря зуба; некоторые нарушения общего состояния организма. Возможны осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции. 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. 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 проходимость 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 вос-

становления 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. Вся информация была мне разъяснена до начала лечения. **Возможные негативные последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения:** - прогрессирование заболевания; - развитие инфекционных осложнений; - появление, либо нарастание болевых ощущений; - перелом зуба(ов); - разрушение коронковой части зуба(ов) - потеря зуба (ов); - инфекционное поражение корневых каналов, воспаление корневых каналов и его возможные осложнения, воспаление периодонта с образованием гранулём или кист, в ряде случаев требующее неоднократной лекарственной терапии и, при необходимости, оперативного удаления верхушки корня зуба и стенок кисты.

**На стоматологическом приёме и после него возможны следующие осложнения:** - под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции; - после одонтопрепарирования витального зуба может возникнуть повышенная чувствительность ко всем температурным и химическим раздражителям и развиться пульпит - потребуются лечение каналов зуба (удаление нерва); - рецессия участка десны, формирование зубодесневого кармана; - разрушение зуба, перелом зуба; - атрофия альвеолярного гребня; - отёки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен; - появление нагётостей при съёмном протезировании; - рвотный рефлекс; - ухудшение эстетического эффекта из-за отказа установить коронку(ки) или удалять зубы; - аллергическая реакция на материалы и препараты; - изменение дикции, вкусовых ощущений, а также характера слюноотделения; - переломы и сколы зуба(ов); - изменение стоимости и(или) сроков лечения. Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен(а) с тем, какие могут возникнуть осложнения в случае отсутствия лечения или невыполнения этапов и сроков рекомендованного плана лечения: - прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, - дальнейшее снижение эффективности жевания. Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу. Я соглашаюсь на проведение рентгенологических исследований в процессе лечения и после него и предоставляю лечащему врачу выбор метода, количество и временные сроки для исследований. Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния. **Необходимые условия для осуществления гарантии и достижения положительного результата лечения:** - точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача, - последовательное выполнение пациентом всех этапов и сроков стоматологического лечения, рекомендованных врачом. **Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования:** - ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма черепа; -консультация стоматолога(ов) и(или) специалистов иного профиля. Я понимаю, что успешное лечение возможно только при наличии данных компьютерной томографии. Это исследование необходимо выполнить до начала стоматологического лечения. Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

\_\_\_\_\_  
(ФИО пациента)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО врача)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

**На лечение кариеса, реставрацию зубов пломбировочным материалом  
(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)**

Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что лечение (восстановление зуба(ов), реставрация зуба(зубов), либо другое медицинское вмешательство: \_\_\_\_\_) будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_ и другие врачи ООО «Сильвия».

Мне в доступной для меня форме сообщена информация о проведении восстановления зуба(ов). Кариес представляет собой прогрессирующий дефект твердых тканей зуба, вызываемый действием бактерий зубного налета и продуктов их жизнедеятельности. Целью стоматологического лечения глубокого кариеса является устранение имеющегося заболевания, сохранение жизнеспособности зуба, предупреждение развития осложнений кариеса, восстановление функциональной и эстетической формы зуба, в том числе формы десневого края. Стоматологическое терапевтическое лечение глубокого кариеса осуществляется при наличии клинических показаний, является комплексным и может быть проведено в одно или несколько посещений, поскольку перед завершением лечения необходимо остановить процесс распространения кариеса. В случае выявления в процессе лечения осложнений кариеса - пульпита или периодонтита, объем медицинского вмешательства расширяется до эндодонтического лечения. Основным методом стоматологического лечения глубокого кариеса является пломбирование зубов путём реставрации коронковой части зуба пломбировочным материалом. Терапевтическое стоматологическое лечение при этом состоит в клинической диагностике, включающей осмотр полости рта с целью оценки состояния зубов, проведение рентгенологического исследования зубочелюстной системы, удаления зубных отложений с зубов, подлежащих лечению и расположенных рядом, дальнейшей обработке кариозной полости с препарированием пораженных тканей зуба. В случае, когда кариозная полость является глубокой, граничащей с полостью зуба, возможно применение биологического метода лечения кариеса, заключающегося в пломбировании зуба временным лечебным пломбировочным материалом в первое посещение и наложение постоянного пломбировочного материала во время второго посещения через 3-6 месяцев. При возникновении, впоследствии, болевых ощущений может потребоваться эндодонтическое (внутриканальное) лечение. В ходе лечения, вследствие расширения клинических показаний, может потребоваться изменение плана и объёма лечения, а именно: вскрытие полости зуба, неотложное лечение корневых каналов, постановка девитализирующей пасты, депульпирование, восстановление коронками, вкладками и проч., удаление зуба. Кроме того, возможно, потребуются лечение десен в случае, когда повреждение затрагивало десневой край. В этом случае необходимо проведение тщательных гигиенических процедур околозубного пространства. В ходе стоматологического терапевтического лечения кариеса возможно возникновение следующих осложнений, не являющихся недостатками оказания медицинской услуги: возникновение стоматита, механическое повреждение слизистой оболочки, аллергическая реакция на применяемые при пломбировании канала материалы, временное повышение чувствительности пролеченного зуба, появление болевых ощущений при лечении биологическим методом, что потребует дополнительного лечения корневых каналов зуба, появление трещин и отломов стенок зуба вследствие особенностей применяемых пломбировочных материалов, возникновение воспалительной реакции десневого края, требующей дополнительных способов лечения, в том числе полоскания. В случае сохранения неприятных ощущений необходимо обращение к врачу-стоматологу. В случае отказа от лечения кариеса возможно появление сильной зубной боли, повышение температуры тела, развитие осложнений кариеса - пульпита (воспаления сосудисто-нервного пучка зуба) с гангренозным воспалением и поражением корня зуба, пародонтита (воспаления окружающих зуб тканей с поражением кости), требующих эндодонтического лечения, образование в области зуба и десны кист и гранулём, появление свищевых ходов, а также удаление зуба, развитие иных патологий зубочелюстной системы, появление неприятного запаха изо рта и (или) эстетических дефектов. С целью сохранения положительного эффекта проведенного лечения необходимо соблюдение врачебных рекомендаций, в том числе избежание чрезмерных механических, термических, химических воздействий на зубы, соблюдение тщательной гигиены ротовой полости. В случае постановки пломбы на депульпированный зуб необходимо в течение месяца покрыть его

ортопедической конструкцией, иначе гарантия на лечение данного зуба утрачивается. Возможные негативные последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения: - прогрессирование заболевания; - появление, либо нарастание болевых ощущений; - перелом зуба(ов); - разрушение коронковой части зуба(ов); - потеря зуба (ов); - инфекционное поражение корневых каналов, воспаление корневых каналов и его возможные осложнения, воспаление периодонта с образованием гранулём или кист, в ряде случаев требующее неоднократной лекарственной терапии и, при необходимости, оперативного удаления верхушки корня зуба и стенок кисты. На стоматологическом приёме и после него возможны следующие осложнения: - под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции; - после одонтопрепарирования витального зуба может возникнуть повышенная чувствительность ко всем температурным и химическим раздражителям и развиться пульпит - потребуются лечение каналов зуба (удаление нерва); - рецессия участка десны, формирование зубодесневого кармана; - разрушение зуба, перелом зуба; - отёки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен; - ухудшение эстетического из-за отказа установить коронку(ки) или удалять зубы; - аллергическая реакция на материалы и препараты; - переломы и сколы зуба(ов); - изменение стоимости и(или) сроков лечения. Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен(а) с тем, какие могут возникнуть осложнения в случае отсутствия лечения или невыполнения этапов и сроков рекомендованного плана лечения: - дальнейшее снижение эффективности жевания, - ухудшение эстетики, нарушение функции речи, - прогрессирование заболеваний пародонта, - заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, - общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, неврологическая патология. Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу. Я соглашаюсь на проведение рентгенологических исследований в процессе лечения и после него и предоставляю лечащему врачу выбор метода, количество и временные сроки для исследований. Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния. Необходимые условия для осуществления гарантии и достижения положительного результата лечения: - точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача, - последовательное выполнение пациентом всех этапов и сроков стоматологического лечения, рекомендованных врачом. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования: - ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма черепа; - консультация стоматолога(ов) и(или) специалистов иного профиля. Я понимаю, что успешное лечение возможно только при наличии данных компьютерной томографии. Это исследование необходимо выполнить до начала стоматологического лечения. Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

\_\_\_\_\_  
(ФИО пациента)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО врача)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

## АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТА

(Заполняется пациентом старше 14 лет или законным представителем пациента, младше 14 лет.)

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Адрес проживания \_\_\_\_\_

Сообщенные Вами сведения позволяют врачу эффективнее составлять план лечения, исходя именно из Вашей клинической ситуации, также подбирать лекарственные средства, анестезии и методы лечения, подходящие Вам. Врач пояснит: есть ли связь между Вашим общим здоровьем и состоянием полости рта.

По каждому пункту анкеты необходимо отметить нужный вариант ответа - «ДА» или «НЕТ». Эти сведения составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

### Общий анамнез.

Связана ли Ваша работа (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучения, высокое давление, температура, вибрации и т.д.)? ДА/НЕТ. Есть ли у Вас экстремальные увлечения (хобби)? ДА/НЕТ. Сахарный диабет ДА/НЕТ.

Последнее общемедицинское обследование проводилось \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ г.

Заболевания сердца (инсульт? инфаркт?) ДА/НЕТ. Наличие кардиостимулятора ДА/НЕТ.

Повышенное или пониженное артериальное давление, заболевания сосудов ДА/НЕТ. Бронхиальная астма ДА/НЕТ.

Заболевания печени, почек, желудочно-кишечного тракта ДА/НЕТ. Заболевания щитовидной железы ДА/НЕТ.

Сотрясение головного мозга/ потеря сознания, судороги, эпилепсия ДА/НЕТ. Заболевания костной системы, суставов ДА/НЕТ.

Заболевание крови ДА/НЕТ. Инфекционные заболевания: (гепатиты А, В, С; ВИЧ) ДА/НЕТ. Онкологические заболевания ДА/НЕТ.

Появления герпеса на губах/ появление трещин на губах/ периодическое появление язвочек в полости рта с периодичностью \_\_\_\_ р.в год

Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе ДА/НЕТ.

Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная) ДА/НЕТ. Бруксизм (ночное скрежетание зубов) ДА/НЕТ.

Периодическая или постоянная сухость во рту ДА/НЕТ. Чувствуется запах изо рта ДА/НЕТ.

Вредные привычки (курение, прием алкоголя и наркотических средств - нужное подчеркнуть) ДА/НЕТ.

**АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ** (если имеются, то как проявляются): \_\_\_\_\_

На медикаменты ДА/НЕТ.

На пищевые продукты ДА/НЕТ.

Иные \_\_\_\_\_

### Для женщин:

Вы беременны? ДА/НЕТ. Являетесь ли Вы кормящей матерью? ДА/НЕТ.

Имеются ли нарушения менструального цикла, климакс? ДА/НЕТ.

Принимаете ли Вы противозачаточные препараты? ДА/НЕТ.

Информируем Вас, что каждые 6 месяцев необходимо проходить плановые профилактические осмотры. Сотрудник клиники напомнит Вам о нем звонком/сообщением.

Для сохранения здоровья полости рта и долговечности проведенных работ рекомендуем проводить профессиональную чистку 1 раз в 6 месяцев. Сотрудник клиники пригласит Вас на текущую гигиену.

**Я достоверно ответил(а) на пункты анкеты. Я даю согласие на осмотр и диагностические манипуляции, в том числе фото, диагностические оттиски и модели, а также на радиовизиографические снимки.**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_ г.

Подпись пациента, старше 14 лет \_\_\_\_\_

Подпись законного представителя пациента, младше 14 лет \_\_\_\_\_