ООО «Миродент»
Приложение №1 к договору №_____ от _____
на оказание платных стоматологических услуг

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Лечение некариозного поражения зубов

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я,

_____

_____

(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе _____
и необходимости лечения зубов в соответствии с Предварительным планом лечения.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и Предварительного плана лечения.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания. Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, и отказываюсь от постановки микропротезных накладок (виниров) или протезирования зубов. Я осведомлён(а), что в случае отказа от данного лечения, может возникать прогрессирование заболевания, развитие его осложнений, в том числе появление либо нарастание болевых ощущений, развитие кариеса, перелом коронки зуба.

Я соглашаюсь с тем, что во время, и после лечения возможно появление болевых ощущений, при нарастании которых необходимо будет провести эндодонтическое лечение;

Я соглашаюсь с тем, что при большой глубине поражения и моем отказе от коронки, возможен перелом зуба при надкусывании, что повлечет необходимость дальнейшего протезирования зуба.

Я соглашаюсь с тем, что после качественного пломбирования поражения, могут возникать новые некариозные поражения, а также кариозные поражения, в том числе в области постановки пломбы.

Я понимаю, что удержание пломбировочного материала в области шейки зуба значительно меньше, в сравнении с другими областями коронки зуба, поэтому соглашаюсь с тем, что пломбировочный материал может выпадать, что потребует повторного пломбирования за дополнительную стоимость после истечения гарантийного срока.

Я соглашаюсь с тем, что в случае возникновения нежелательных явлений и осложнений, в т.ч. вышеуказанных, о которых я информирован в настоящем документе, а также заболеваний, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость дополнительного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Мне понятно, что реставрация зуба в области некариозного поражения является сложной процедурой, поскольку очень сложно повторить цвет, форму, структуру поверхности и индивидуальные особенности зуба при помощи композитного материала, поэтому я соглашаюсь с тем, что согласно моей субъективной оценки эстетического результата реставрации, реставрированный зуб может несколько отличаться от соседних зубов.

Мне разъяснена необходимость применения обезболивания (местной инъекционной анестезии) с целью обезболивания медицинских манипуляция. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести в редких случаях к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, и исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

ООО «Миродент»
Приложение №1 к договору №_____ от _____
на оказание платных стоматологических услуг

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Лечение некариозного поражения зубов

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я,

_____

_____

(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе _____
и необходимости лечения зубов в соответствии с Предварительным планом лечения.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и Предварительного плана лечения.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания. Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, и отказываюсь от постановки микропротезных накладок (виниров) или протезирования зубов. Я осведомлён(а), что в случае отказа от данного лечения, может возникать прогрессирование заболевания, развитие его осложнений, в том числе появление либо нарастание болевых ощущений, развитие кариеса, перелом коронки зуба.

Я соглашаюсь с тем, что во время, и после лечения возможно появление болевых ощущений, при нарастании которых необходимо будет провести эндодонтическое лечение;

Я соглашаюсь с тем, что при большой глубине поражения и моем отказе от коронки, возможен перелом зуба при надкусывании, что повлечет необходимость дальнейшего протезирования зуба.

Я соглашаюсь с тем, что после качественного пломбирования поражения, могут возникать новые некариозные поражения, а также кариозные поражения, в том числе в области постановки пломбы.

Я понимаю, что удержание пломбировочного материала в области шейки зуба значительно меньше, в сравнении с другими областями коронки зуба, поэтому соглашаюсь с тем, что пломбировочный материал может выпадать, что потребует повторного пломбирования за дополнительную стоимость после истечения гарантийного срока.

Я соглашаюсь с тем, что в случае возникновения нежелательных явлений и осложнений, в т.ч. вышеуказанных, о которых я информирован в настоящем документе, а также заболеваний, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость дополнительного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Мне понятно, что реставрация зуба в области некариозного поражения является сложной процедурой, поскольку очень сложно повторить цвет, форму, структуру поверхности и индивидуальные особенности зуба при помощи композитного материала, поэтому я соглашаюсь с тем, что согласно моей субъективной оценки эстетического результата реставрации, реставрированный зуб может несколько отличаться от соседних зубов.

Мне разъяснена необходимость применения обезболивания (местной инъекционной анестезии) с целью обезболивания медицинских манипуляция. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести в редких случаях к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, и исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной эстетический результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке и сроке службы на лечение некариозного поражения зубов и пломбирование, которые составляют каждый равным один месяц. Гарантийные обязательства включают сохранность пломбировочного материала и устойчивое нахождение материала на зубе. В силу биологических особенностей организма существует вероятность возникновения пульпита, поэтому я соглашаюсь с тем, что лечение пульпита будет происходить за отдельную плату.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента и договора на оказание платных стоматологических услуг; понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения кариеса на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись) (ФИО полностью)

Дата «_____»_____ 202____ г.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной эстетический результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке и сроке службы на лечение некариозного поражения зубов и пломбирование, которые составляют каждый равным один месяц. Гарантийные обязательства включают сохранность пломбировочного материала и устойчивое нахождение материала на зубе. В силу биологических особенностей организма существует вероятность возникновения пульпита, поэтому я соглашаюсь с тем, что лечение пульпита будет происходить за отдельную плату.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента и договора на оказание платных стоматологических услуг, понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения кариеса на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись) (ФИО полностью)

Дата «_____»_____ 202____ г.