ООО «Медицинский центр «Авиценна»

Приложение №1 к договору № ____ от _____

на оказание платных стоматологических услуг

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства**

**Терапевтическое лечение 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 и разрешением начала медицинского вмешательства,

Я_____

_

**(фамилия, имя, отчество пациента)**

проинформирован(а) о поставленном диагнозе_____

и необходимости проведения лечения зубов в соответствии с планом лечения:

| Дата | Наименование услуги, номера зубов, цвет | Стоимость | ФИО подпись пациента |
|---|---|---|---|
| | | | |

Диагностическое препарирование зуба. Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что кариозное поражение, в том числе под имеющейся ранее установленной пломбой, которое кажется небольшим, в действительности может при обработке зуба (препарировании) оказаться значительной полостью, и, следовательно, потребуется одно из следующих манипуляций: лечение корневых каналов (депульпирование), реставрация (восстановление) значительной части зуба, постановка коронки или вкладки, в зависимости от конкретной клинической ситуации. Я понимаю, что стоимость дальнейшего лечения зависит от того, какой метод лечения будет применим. Я соглашаюсь с тем, что до начала лечения (до начала диагностического препарирования) невозможно прогнозировать наиболее подходящий метод дальнейшего лечения и его стоимость. Я соглашаюсь с тем, что в случае моего несогласования дальнейшего лечения зуба (после завершения диагностического препарирования, установления точного диагноза и предложения мне вариантов дальнейшего лечения), и моего отказа от продолжения лечения (завершения лечения после окончания диагностического препарирования), в зубе может развиться воспалительный процесс, что повлечет ухудшение состояния моего здоровья, осложнение заболевания зуба (пульпит, периодонтит, раскол корня зуба, необходимость в удалении зуба), что потребует дополнительного лечения на платной основе. Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на диагностическое препарирование, которые составляют каждый равным один час после завершения препарирования. При завершении лечения, гарантии устанавливаются на общих основаниях.

Использование коффердама. Я соглашаюсь с тем, что в случае наличия большой полости в зубе при наложении коффердама, с соблюдением должной предосторожности, может произойти перелом коронки зуба, что потребует его протезирования виниром или коронкой и соглашаюсь оплатить протезирование.

Я соглашаюсь на применение для лечения зубов диодного лазерного аппарата « », понимаю что мне необходимо во время лечебного процесса одевать специальные очки.

Лечение кариеса: я понимаю, что кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может при обработке зуба оказаться значительной полостью, и, следовательно, потребуется реставрация (восстановление) значительной части зуба или постановка коронки или вкладки (при необходимости). Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой пломбировочный материал будет мной выбран и от размера пораженного участка зуба (зубов). Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, в том числе об удаление пораженного зуба. Я осведомлён(а), что в случае отказа от данного лечения, возникает прогрессирование кариеса, развитие его осложнений, в том числе воспаление пульпы, периодонтит, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния зубов.

Я соглашаюсь с тем, что сложно поставить точный диагноз (глубокий кариес или пульпит?) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение лечения врач может принять только после того, как проведёт препарирование и удалит весь размягчённый дентин из полости зуба. При этом возможны два варианта лечения:

- №1 - Наложение лечебной прокладки с последующим пломбированием зуба (1-2 посещения).

- №2 - Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба) с последующим пломбированием (1 - 4 посещения).

Я соглашаюсь с тем, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения (№1 или №2) будет выбран мной уже в процессе лечения зуба в стоматологическом кресле.

Мне разъяснён режим лечения в несколько посещений: между посещениями зуб закрывается временной пломбой, целость которой я обязуюсь сохранять. При выпадении или разрушении временной пломбы, отломе стенки зуба, нарастании боли, появлении отёка или повышении температуры тела я обязуюсь незамедлительно обратиться в клинику, не дожидаясь назначенной даты приёма. Я обязуюсь явиться на следующий этап лечения в назначенный врачом срок (как правило, через 14 дней) и понимаю, что нахождение зуба под временной пломбой дольше одного месяца без согласования с лечащим врачом ведёт к дополнительному инфицированию зуба, развитию пульпита или периодонтита и необходимости более объёмного и длительного лечения за отдельную плату.

Я соглашаюсь с тем, что во время, и после лечения могут возникнуть признаки пульпита или периодонтита:

- после лечения с наложением лечебной прокладки возможно появление болевых ощущений, при нарастании которых необходимо будет провести эндодонтическое лечение;

- обострение заболевания может возникнуть и в более отдалённые сроки, и это тоже приведёт к эндодонтическому лечению.

Я настаиваю на попытке лечения глубокого кариеса установкой лечебной прокладки с последующим наблюдением за состоянием зуба, соглашаясь с тем, что при глубокой кариозной полости и моем отказе от депульпирования зуба, возможно развитие пульпита или периодонтита, что повлечет необходимость его лечения, в этом случае я считаю попытку лечения глубокого кариеса качественным лечением и не буду требовать возврата денег за лечение кариеса, а буду оплачивать дополнительно стоимость лечения пульпита данного зуба.

Я соглашаюсь с тем, что при большой кариозной полости и моем отказе от вкладки или коронки, возможен раскол зуба при надкусывании, что повлечет необходимость удаления зуба с дальнейшим протезированием.

Я соглашаюсь с тем, что после качественного лечения кариеса, в зубе, в том числе депульпированном, могут возникать новые кариозные поражения, в том числе в области постановки пломбы.

Я соглашаюсь с тем, что в случае возникновения нежелательных явлений и осложнений при лечении кариеса, 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 понятно, что врач максимально подбирает цвет пломбы в цвет зуба, чтобы сделать пломбу неотличимой от остальной поверхности зуба, однако цветовая палитра пломбировочного материала не позволяет сделать пломбу «неотличимой», поэтому я соглашаюсь с тем, что при внимательном осмотре с близкого расстояния цвет пломбы может отличаться от цвета зуба.

Я соглашаюсь с возникновением постпломбировочных болей: после лечения кариеса, особенно глубокого, в норме небольшая боль может возникать при нажатии на пломбу, при попадании твердого кусочка пищи на зуб во время еды, при проведении по пломбе ногтем или зубочисткой, контрастных температур (горячее после холодного и наоборот, особенно при постановки пломбы в пришеечной части зуба (около десны)). Болевые ощущения возникают, так как дно кариозной полости находится близко к «нерву» зуба, и поставленная пломба при нажатии на нее передает давление на пульпу зуба. Со временем эти болевые ощущения уменьшатся, т.к. пульпа зуба выработает защитный слой дентина и «отгородится» от пломбы. Мне понятно, что неприятные ощущения могут сохраняться до нескольких месяцев, что не является признаком осложнения и необходимости перелечивания (депульпирования) зуба. Также может быть небольшая тупая боль в зубе, как индивидуальная реакция зуба на вмешательство (механическую обработку зуба борами, медикаментозную обработку антисептиками, «засвечивание» пломбы лампой), длящаяся не дольше 7-14 дней.

Мне понятно, что при возникновении острой, самопроизвольной (беспричинной) ноющей боли, особенно по ночам, мне следует срочно обратиться к врачу для обследования и, возможно, лечения!

Мне понятно, что при лечении кариеса под анестезией я не могу, вследствие отсутствия чувствительности из-за анестезии, в момент завершающих этапов пломбировки, своевременно определить, мешает ли мне установленная пломба или нет. В результате этого пломба может быть поставлена с завышением или написанием краев пломбы, что потребует моей явки на бесплатную коррекцию пломбы (пришлифовку). При первых признаках дискомфорта, вызванного пломбой, которые могут появиться после завершения действия анестезии, я обязуюсь прийти в клинику для бесплатной коррекции пломбы. Я соглашаюсь с тем, что длительное откладывание посещения клиники для бесплатной коррекции пломбы может вызвать появление болей в зубе, сколах в зубах- антагонистах и возникновении гингивита, лечение которых я буду оплачивать дополнительно.

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

Лечение некариозных поражений зубов: 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.

Острый периодонтит — воспалительный процесс, вышедший за пределы зуба и распространяющийся на связочный аппарат, удерживающий зуб в костной лунке и костную ткань вокруг зуба (периодонта).

Я понимаю, что возможны два варианта лечения и отказываюсь от удаления зуба:

- Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба) с последующим пломбированием (2 - 4 посещения);

- Удаление зуба - при неэффективности лечебных мероприятий и нарастании воспалительных явлений, при значительном его разрушении или непроходимости канала корня зуба.

Мне понятны объяснения врача о том, что при данной клинической и рентгенологической картине заболевания, зуб необходимо удалять. Тем не менее, я отказываюсь от удаления зуба и настаиваю на консервативном лечении и соглашаюсь с возможными проявлениями: неэффективность лечения, перелом корня и тела зуба, которые потребуют удаления зуба. Также я соглашаюсь на установление гарантийного срока и срока службы на эндодонтическое лечение и пломбирование корневых каналов равных каждый одному дню с момента лечения зуба и соглашаюсь с тем, что последующее удаление зуба и протезирование будет проводиться за отдельную плату.

Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для удаления возбудителей инфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата. Положительный результат эндодонтического лечения заключается в исчезновении воспаления на верхушке корня и проявляется в период от 3-х до 12-ти месяцев.

Последствием 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 поражённого зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

Хотя эндодонтическое лечение имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

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

Я соглашаюсь с риском возникновения нижеперечисленных последствий, которые могут возникнуть как во время лечения корневых каналов, так и после его окончания:

- имеется определенный процент (5 - 10 %) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать перелечивания корневых каналов в будущем, хирургического вмешательства в области корней зуба и даже удаления зуба;

- ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты;

- во время лечения корневых каналов, особенно искривленных, возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала; инструмент может перфорировать стенку корня, что может повлечь необходимость применения лечебных манипуляций, вплоть до удаления зуба; в результата акта глотания возможно проглатывание инструмента (эндодонтических файлов), что потребует неотложного лечения;

- при лечении корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного протеза, при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции, возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом возможно её необратимое повреждение). Также при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти раскол или перелом самого зуба, что может привести к его удалению и необходимости нового протезирования;

- при плохой проходимостью корневых каналов из-за их сильной кальцификации, возможно возникновение перфорации гайморовой пазухи, поломки инструментов и перелома корня, что потребует соответствующего лечения, в том числе удаления зуба и необходимости протезирования;

- при успешном завершении эндодонтического лечения существует вероятность кариозного разрушения или перелома зуба в будущем.

Я соглашаюсь с тем, что при перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается (вероятность вышеперечисленных осложнений увеличивается), значителен риск невозможности удаления старой корневой пломбы или металлического штифта из корневого канала, в том числе увеличивается вероятность возникновение перфорации гайморовой пазухи, поломки инструментов и перелома корня. Поэтому я соглашаюсь с тем, что при предлагаемом мне лечении имеется значительный риск неэффективности лечения (невозможности переливания всех каналов корня зуба) или неудачи в лечении (перелом инструмента без возможности его извлечения и прочие, описанные выше по тексту, осложнения), в результате чего зуб придется удалить.

Таким образом, я соглашаюсь с тем, что деньги за неудачную попытку лечения мне возвращены не будут и я буду дополнительно оплачивать стоимость удаления зуба и его протезирования.

Я соглашаюсь с тем, что при перелечивании каналов корней зуба (повторное эндодонтическое лечение) гарантийные обязательства (гарантийный срок и срок службы) на услуги по эндодонтическому лечения, равно как и на услуги по протезированию с опорой на перелеченный зуб, устанавливаются равными каждый 1 неделе.

Я соглашаюсь, что качественным лечением корневых каналов служит снятие болевого синдрома, качественная медикаментозная и инструментальная обработка всех корневых каналов зуба, качественно запломбированные корневые каналы соответствующего зуба, проконтролированные рентгенологическим исследованием (визиография или компьютерная томография), где пломбировочный материал должен полностью без пор заполнять весь объем корневого канала по длине и ширине.

Я соглашаюсь с необходимостью обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения, в противном случае возможно потерять зуб, либо потребуется повторное лечения корневых каналов.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, возможно, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки). Я подтверждаю, что лечащий врач (в случае определения у зуба ИРОПЗ >0,4 при большой полости в зубе) информировал меня о том, что мне показано ортопедическое лечение данного зуба путем изготовления специальной вкладки в полость зуба с последующей фиксацией на ней коронки. Отказываясь от ортопедического лечения, я понимаю, что мне придется очень бережно относиться к зубу из-за высокого риска раскола зуба при жевании на нем твердой пищим, поэтому я соглашаюсь с вероятностью раскола зуба (в том числе между посещениями в процессе эндодонтического лечения вплоть до завершения лечения зуба), что приведет к необходимости последующего удаления зуба и необходимости дальнейшего протезирования утраченного зуба, которые будут выполняться за отдельную стоимость за мой счет, поэтому я обязуюсь не предъявлять претензий к

Исполнителю в случае их возникновения. Понимая все вышеуказанное, я добровольно соглашаюсь на установление гарантийного срока на лечение данного зуба, равному один день.

Депульпирование зубов под коронки: Я соглашаюсь с тем, что необходимо взять под опоры ортопедической конструкции зуб(ы) _____, _____что согласованно со мной и указано в Комплексном плане лечения.

Мне понятно, что для этого необходимо на вышеуказанном зубе(ах) провести эндодонтическое лечения (удаление сосудисто-нервного пучка корней зуба и пломбирование корневых каналов) зуба(ов) _____.

Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для удаления сосудисто-нервного пучка корней зуба, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговечного результата. В результате зуб становится неживым, но продолжает выполнять свои функции длительный период времени.

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

Врач понятно объяснил мне, в чем будет заключаться предложенное лечение, поэтому я соглашаюсь с тем, что возможны последствия, которые могут возникнуть как во время лечения корневых каналов, так и после его окончания, а именно:

- в редких случаях имеется определенный процент неудач эндодонтического лечения, что может потребовать: перелечивания корневых каналов в будущем, хирургического вмешательства в области корней зуба и даже удаления зуба.

- ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты;

- 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;

- _____
____.

Отбеливание зубов: я обращаюсь в клинику для проведения лечебных манипуляций по отбеливанию зубов (придания цвета эмали зубов более светлого оттенка).

Я выбираю следующий метод отбеливания: _____.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и соглашаюсь с тем, что при проведении лечебных манипуляций по отбеливанию зубов возможно:

после проведения сеансов отбеливания есть риск не достигнуть необходимого результата (отбеливающий эффект будет незначительным, менее чем на один тон);

достигнутый результат может очень быстро исчезнуть (зубы могут снова потемнеть до первоначального состояния);

повышение чувствительности зубов в течение первых 24 часов (появится болезненность при действии горячего, холодного, кислого, сладкого). Эти ощущения обычно проходят в течение 1-2 дней;

появление болезненности в области десневого края, а также видимые незначительные его изменения и повреждения: шероховатость, покраснение, побледнение и т.д.;

возникновение значительного цветового различия между собственными тканями зуба и пломбами, а также протезами, которые имеются в полости рта. Это происходит в силу того, что отбеливающие системы не оказывают какого-либо воздействия на пломбировочные материалы и зубные протезы. Поэтому я соглашаюсь с тем, что пломбы и реставрации после проведения отбеливания для соответствия

их цвета цвету отбеленных зубов, для уменьшения цветовых различий необходимо переделать.

Я осведомлен(а) об альтернативных методах лечения, направленных на осветление зубов: изготовление прямых композитных реставраций, изготовление непрямых композитных и керамических реставраций, протезирования зубов.

Я понимаю, что для достижения желаемого результата эта процедура может быть выполнена в один-два или более посещений, в зависимости от типа моих зубов. Каждое посещение будет занимать от часа до полутора часов.

Я соглашаюсь с тем, что при проведении клинического отбеливания более чем в одно посещение, перерыв между процедурами может составлять от одной до двух недель. Если проходит более двух недель, результаты могут быть менее значительными, т.е. эффективность процедуры будет потеряна.

Меня предупредили, что в случае изначальной чувствительности зубов необходимо проведение процедуры по снижению чувствительности до отбеливания.

Я соглашаюсь с тем, что при курении и употреблении продуктов, содержащих красящие вещества (в том числе чай и кофе), а также при недостаточном соблюдении гигиены полости рта, возрастает риск потемнения зубов. Более того, при проведении отбеливания на фоне курения, появляется риск возникновения злокачественных новообразований. Поэтому, начиная лечебные манипуляции по отбеливанию, я исключаю эти продукты и привычки, корректирую свой образ жизни и обязуюсь не реже одного раза в полгода приходить на прием к врачу для прохождения контрольного осмотра.

Я соглашаюсь с тем, что после проведения отбеливания в 70 - 90% случаев в течение 2-х недель происходит потемнение зубов примерно на 0,5 - 1 тон. По данным зарубежных и российских стоматологов, отбеленные зубы могут сохранять свою белизну в течение от 6 месяцев до 5 лет.

Я знаю, что результат отбеливания, даже при соблюдении всех правил, предсказать очень трудно, поэтому я соглашаюсь на отбеливание зубов, даже если в моем случае минимальным результатом отбеливания зубов будет 1 тон.

Я обязуюсь соблюдать рекомендации после процедуры отбеливания в течение всего периода проведения процедуры:

не употреблять фрукты (особенно цитрусовые), а также фруктовые соки, поскольку содержащиеся в них фруктовые кислоты и красители могут стать причиной повышенной чувствительности;

не употреблять, при невозможности полного отказа, свести к минимуму употребление кофе, чая, красного вина, газированных напитков типа «Кола», при этом полоскать рот водой после приема этих напитков, а также не курить, чтобы предотвратить вероятность появления на эмали зубов пятен.

Я не готов(а) отказаться от курения, поэтому соглашаюсь на ограничение гарантийных обязательств (сохранения эффекта осветления эмали зубов) в связи с нарушением рекомендаций в виде курения, равными 3 дня (срок гарантии и срок службы) после отбеливания. Я соглашаюсь с тем, что для некурящих гарантийные обязательства устанавливаются равными 1 месяц (срок гарантии и срок службы) после отбеливания.

Я обязуюсь немедленно проинформировать моего лечащего врача обо всех неприятных ощущениях, возникающих при проведении процедур домашнего отбеливания.

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 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 понимаю необходимость контроля качества проведенной процедуры и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время.

Лечение зубов, необходимых как временная опора до постоянного протезирования: Мне понятно, что в качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые или качественно приготовленные (пролеченные) зубы и ткани пародонта, а также извещен(а) о необходимости рентгенологического исследования.

Я понимаю, что в случаях, когда в качестве опоры протеза используется зуб с некачественными пломбированными корневыми каналами, с очагами деструкции в области верхушки корня, с заболеванием пародонта и другими отклонениями от стандарта (которые не удалось устранить в процессе лечения), - возрастает риск обострения заболевания зуба и ухудшение его состояния, в результате этого может привести к удалению зуба и зубного протеза.

Я информирован о том, что состояние зубов_____не позволяет их использовать в качестве опоры для постоянного протезирования, поскольку срок службы протезов с опорой на указанные зубы будет коротким и непрогнозируемым. Поэтому, на период до завершения комплексного лечения зубов, этапы которого отражены в Предварительном плане лечения, мне необходимо установить временные протезы: _____

_____
_____.

Для этого мне необходимо вылечить зубы для опоры временного протеза _____.

Я соглашаюсь с тем, что вышеуказанные зубы в дальнейшем не будут использованы как опоры в окончательном варианте протезирования и их придется удалить. Я понимаю, что лечение данных зубов мне необходимо для возможности более удобного пользоваться зубо-челюстной системой в период подготовки к постоянному протезированию.

Я соглашаюсь с тем, что временное протезирование с опорой на _____ зубы может повлечь прогрессирование заболеваний этих зубов, поэтому срок службы такого временного протеза предвидеть невозможно.

Понимая все вышеуказанное, я даю согласие на лечение _____ зубов и обязуюсь не предъявлять финансовых претензий к Клинике по качеству лечения зубов и сроку службы временного протеза с опорой на данные зубы, и по факту удаления в дальнейшем данных зубов.

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования.

Меня так же ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые, в моем случае, будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа).

Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами, а также обязуюсь приходить на контрольные осмотры в соответствии с рекомендациями врача.

Консервативное лечение пародонтита: пародонтологическое лечение имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма. В ходе лечения могут быть использованы:

- консервативные методы: (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, закрытый кюретаж зубодесневых карманов, PRP-терапия (инъекционное введение фибриновой массы в слизистую оболочку десны состоит в заборе собственной венозной крови и разделения её на составляющие посредством процесса центрифугирования для выделения тромбоцитов в плазменной фракции и дальнейшем введении ее в десну);

- хирургические методы (открытый кюретаж зубодесневых карманов - лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны);

- ортодонтические и ортопедические методы (шинирование, протезирование).

Альтернативой данного лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов), отказ от лечения как такового.

Я соглашаюсь с тем, что во время лечения могут возникнуть: болевые ощущения в период после лечения; сохранение припухлости мягких тканей; повышение температуры тела и наличие симптомов интоксикации; ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов; обнажение шеек зубов и изменение рельефа десневого края; увеличение подвижности зубов; повышение чувствительности зубов.

Мне понятно, что целью консервативного пародонтологического лечения является борьба с инфекцией путем тщательного механического удаления над- и поддесневых микробных отложений путем над- и поддесневого скейлинга и полировки корня (Вектор- терапия), а также сопутствующей антимикробной терапии при наличии к этому показаний.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов), а также системные проявления заболевания.

Хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Поэтому я соглашаюсь с тем, что в результате лечения возможно отсутствие положительного эффекта в динамике заболевания.

Профессиональная гигиена зубов: Мне были даны подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и альтернативных методах лечения, направленных на гигиену зубов и десен. Меня предупредили, что в случае чувствительности зубов и десен необходимо проведение обезболивания с использованием местной анестезии в виде спреев, гелей, при этом я соглашаюсь с возможностью возникновения аллергической реакции.

Я соглашаюсь с тем, что при проведении лечебных манипуляций возможны дискомфортные ощущения во рту и болезненность самих процедур, небольшая кровоточивость, вызванные исходным состоянием десен.

Я соглашаюсь с тем, что после процедур возможно возникновение следующих явлений, которые проходят самостоятельно в срок от нескольких часов до нескольких дней: повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям; микротравмы слизистой оболочки полости рта; отек (припухлость) и кровоточивость десны и мягких тканей; припухлость (эмфизема) подкожной клетчатки в области щеки и шеи; растрескивание уголков рта вследствие их натяжения во время манипуляций.

Я соглашаюсь с тем, что во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или аппарата Air-Flow существует вероятность выпадения дефектных пломб (с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов), появление или усиление подвижности зубов, обнажение корней зуба, повреждение ортодонтической аппаратуры и ортопедических конструкций, отлома эмали в пристеночных областях кариозной полости: эти явления потребуют соответствующего лечения за дополнительную плату.

Мне понятно, что результат профгигиены неизбежно уменьшается во времени и поэтому профессиональную гигиену необходимо делать не менее 2 раз год, самостоятельно ежедневно зубы чистить не менее трех раз.

Я соглашаюсь строго воздерживаться в течение двух дней после проведения профгигиены, во избежание окрашивания поверхности зубов, от окрашивающей пищи (неосветленные соки, напитки с красителями, кофе, темный чай, блюда с большим количеством свеклы и моркови и т.п.) и от курения, а также с необходимостью сменить зубную щетку.

Реставрация зуба с риском выпадения пломбы и раскола корня зуба: Возможными вариантами лечения являются пломбирование зуба (реставрация) или ортопедическое лечение зуба. Врач информировал меня

о том, что мне показано ортопедическое лечение зуба путем изготовления специальной вкладки в полость зуба с последующей фиксацией на ней коронки. Отказываясь от рекомендованного мне врачом вышеуказанного способа лечения в пользу пломбирования зуба, я понимаю, что мне придется очень бережно относиться к зубу из-за высокого риска раскола зуба при жевании на нем твердой пищим, выпадения пломбы, поэтому я соглашаюсь с вероятностью выпадения пломбы, раскола зуба, возможного последующего удаления зуба из-за его раскола, а также других осложнений, которые не связаны с надлежащим оказанием услуг по лечению зуба и будут лечиться за отдельную стоимость, поэтому я обязуюсь не предъявлять претензий к Исполнителю в случае их возникновения.

Понимая все вышеуказанное, я добровольно соглашаюсь на установление гарантийного срока по лечению (реставрации) данного зуба, равному один день.

Терапевтические виниры – это пломбирование передней поверхности зубов композитным светоотверждаемым материалом. Изготавливаются виниры следующим образом: под анестезией производится пришлифовка эмали на передней поверхности зуба, медикаментозная обработка поверхности, протравливание эмали кислотой для её обезжиривания и лучшей адгезии (прилипания) пломбировочного материала винира. Затем врач послойно наносит пломбировочный материал, комбинируя различные цвета. Каждый слой при этом засвечивается полимеризационной лампой. Терапевтическая реставрация зуба виниром проводится за одно посещение и занимает около часа на один зуб. Мне понятно, что критерием оценки качества реставрации передних или жевательных зубов будут служить следующие критерии: форма и цвет реставрации приближен к моим естественным зубам аналогичной группы с противоположной стороны челюсти, если таковые имеются, или к предполагаемым форме и цвету, в формате комплексного подхода присутствующих зубов полости рта, цвет зубов с реставрацией может отличаться от естественных зубов, не леченных ранее.

Мне понятно, что реставрация зуба при помощи винира является сложной процедурой, поскольку очень сложно повторить цвет, форму, структуру поверхности и индивидуальные особенности фронтального 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.

Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, и отказываюсь от возможных альтернативных вариантов эстетической реставрации: покрытие зуба металлокерамической коронкой, безметалловой керамикой, виниром E-max, которые являются более долговечными конструкциями.

Мерилендский мост - это мост, выполненный на основе стекловолоконной ленты, которая при соблюдении всех этапов адгезивного протокола (пескоструйная обработка, как правило, без абразивной обработки борами, обработка эмали ортофосфорной кислотой, и адгезивной системой), приклеивается к соседним зубам, и на месте отсутствующего зуба моделируется искусственный зуб из композитного светоотверждаемого материала, по тем же принципам, что реставрация зуба. Критерием качества Мерилендского моста является замещение дефекта отсутствующего зуба, и сохранение места в зубном ряду для последующей имплантации отсутствующего зуба. Мне понятно, что Мерилендский мост является эстетической конструкцией, которая выполняет функции: визуального замещения дефекта и сохранения места для последующей имплантации, но не выполняет функцию жевания и откусывания пищи, что с этой конструкции нужно обращаться очень бережно, не накусывать на зуб из композитного материала. Мне понятно, что надо ухаживать за Мерилендским мостом посредством зубной щетки и пасты, а также пользоваться ирригатором для промывания межзубных промежутков и промывного пространства под искусственным зубом. Поэтому я соглашаюсь с риском выпадения Мерилендского моста при нарушении вышеуказанных рекомендаций и отказываюсь от требований возврата стоимости оказанных услуг, соглашаясь на повторную платную установку Мерилендского моста.

Установка декоративного украшения на зуб (скайса, наклейки, стразы, твинклса): Я понимаю, что удержание украшения на зубе зависит от индивидуальной характеристики эмали зуба и особенностей моего питания (приема грубой пищи, конфет и прочих провоцирующих преждевременное отделение украшения от зуба), поэтому я соглашаюсь с тем, что гарантированный мне срок нахождения украшения

на зубе составляет один день (гарантийный срок и срок службы составляют один день каждый).

Мне понятно, что через непредсказуемый период времени, произойдет отклейка украшения и его потеря или проглатывание, поэтому я соглашаюсь с тем, что украшение будет утрачено, его стоимость и стоимость услуги по установке украшения мне не будут возвращены, а повторная установка потребует от меня дополнительной оплаты как услуги по установке украшения, так и стоимости нового украшения.

В случае использования в качестве украшения материала пациента, я соглашаюсь с тем, что независимо от стоимости и драгоценности предоставляемого мной украшения, я полностью беру на себя риск его утраты при неизбежной отклейки украшения и отказываюсь от требований возместить мне стоимость украшения.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе установки украшения, а также сам материал украшения.

PRP-терапия. Инъекционное введение фибриновой массы в слизистую оболочку десны состоит в заборе собственной венозной крови и разделения её на составляющие посредством процесса центрифугирования для выделения тромбоцитов в плазменной фракции и дальнейшем введении ее в десну.

Альтернативой данного лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов), отказ от лечения как такового.

Я соглашаюсь с тем, что во время лечения могут возникнуть: болевые ощущения в период после лечения; отечность и микротравмы десны после уколов, которые могут сохраняться в течение нескольких дней; повышение температуры тела и наличие симптомов интоксикации; ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов; обнажение шеек зубов и изменение рельефа десневого края; увеличение подвижности зубов; повышение чувствительности зубов.

Хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Поэтому я соглашаюсь с тем, что в результате лечения возможно отсутствие положительного эффекта в динамике заболевания.

Мне разъяснена необходимость применения обезболивания (местной или проводниковой анестезии) с целью обезболивания медицинских манипуляция. 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, области и вида обезболивания и индивидуальной восприимчивости организма, проявляется в потере чувствительности в необходимой области, временном ощущении припухлости, распирания.

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

Мне понятно, что в ближайшее время после окончания лечения анестезия еще может продолжать действовать, поэтому мне рекомендовали воздерживаться от приема пищи после того, как я покину клинику, строго до окончания онемения, поэтому я соглашаюсь с тем, что в случае нарушения рекомендаций и приеме пищи, в результате онемения слизистой, возможно накусывание слизистой щек с образованием ссадин на слизистой.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ, в результате во время лечения могут быть болевые ощущения.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков или антибиотиков.

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.

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, исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован(а) 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.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь с тем, что ожидаемый мной положительный 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 на лечение и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я подтверждаю, что лечащий врач (в случае определения у зуба ИРОПЗ >0,4 при большой полости в зубе) информировал меня о том, что мне показано ортопедическое лечение данного зуба путем изготовления специальной вкладки в полость зуба с последующей фиксацией на ней коронки. Отказываясь от ортопедического лечения, я понимаю, что мне придется очень бережно относиться к зубу из-за высокого риска раскола зуба при жевании на нем твердой пищим, поэтому я соглашаюсь с вероятностью раскола зуба, что приведет к необходимости последующего удаления зуба и необходимости дальнейшего протезирования утраченного зуба, которые будут выполняться за отдельную стоимость за мой счет, поэтому я обязуюсь не предъявлять претензий к Исполнителю в случае их возникновения. Понимая все вышеуказанное, я добровольно соглашаюсь на установление гарантийного срока на лечение данного зуба, равному один день.

Мной заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы 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 об объеме и стоимости оказанных услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента и понимаю, что его подписание влечет правовые последствия.

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

Подпись пациента: _____/ _____/

(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____ /

(подпись) (расшифровка подписи)

Дата: «____» _____ 202 г.