

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на стоматологическое лечение

(в соответствии со ст 30, 31, 32, 33 Основ законодательства об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22 июля 1993 г.)

1. Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество пациента - разборчиво)

получил(а) от своего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении. Врач внимательно меня осмотрел, разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения. Я так же ознакомлен с возможными нижеперечисленными осложнениями.

Нарушения в зубочелюстной области могут привести к ряду морфологических и функциональных нарушений в других частях организма Пациента.

Зуб, который ранее не беспокоил, может иметь кариозное поражение, хронический пульпит, хронический периодонтит и должен лечиться соответственно диагнозу. В связи с этим допускается коррекция намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения.

Возможными негативными последствиями в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения могут стать прогрессирование кариеса, развитие его осложнений, появление или нарастание болевых ощущений, потеря зуба, нарушение общего состояния организма.

Существует вероятность развития осложнений, зависящих от характера воспалительного процесса, наличия сопутствующих заболеваний, индивидуальных особенностей организма, а также при невыполнении врачебных рекомендаций по уходу за полостью рта после произведенных манипуляций.

В период проведения манипуляций в полости рта, в том числе анестезии, возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных применяемых материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, появление чувства жжения, болезненности, дискомфорта, нарушения функций глотания, жевания и речи.

Применение местной анестезии может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги, гематомы (кровоподтеки) в месте укола, эрозия в месте укола, аллергическая реакция на обезболивающее вещество (сыпь, отек мягких тканей, анафилактический шок), токсическая реакция на обезболивающее вещество (тошнота, головокружение, кратковременная потеря сознания, нарушение координации), изменение чувствительности по ходу нервного волокна, ограниченное открывание рта (после проведения мандибулярной анестезии), вывих, подвывих височно-челюстного сустава.

Возможными осложнениями при реставрации зуба могут стать - воспаление пульпы, постпломбировочная чувствительность, в результате индивидуальной непереносимости материалов; травматическое повреждение слизистой оболочки десны и полости рта вращающимся инструментом, перфорация стенки зуба, изменение цвета пломбы при употреблении с пищей в первые сутки продуктов, содержащих красящие вещества.

После проведения профессиональной чистки зубов системой «AIR FLOW» и снятия зубных отложений ультразвуковым скейлером возможно повышение чувствительности эмали зубов, раздражение слизистой оболочки губ, щек, языка, аллергическая реакция на один из компонентов состава для чистки зубов, кровоточивость десен в день проведения процедуры.

При подписании договора возмездного оказания стоматологических услуг Пациенту (его законному представителю) вышеуказанная информация разъяснена и понятна, названы и согласованы сроки проведения лечения, стоимость его определенных этапов и лечения в целом. При этом Пациенту (его законному представителю) разъяснено, что в процессе лечения его стоимость может быть изменена в связи с коррекцией намеченного плана лечения.

\_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_) «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
Подпись Пациента (законного представителя) дата подписи

\* Пациент (его законный представитель) внимательно осмотрен врачом-стоматологом, получил полную информацию об альтернативных методах лечения, ознакомился с планом лечения, принял решение осуществить стоматологическое лечение на вышеуказанных условиях и доверяет врачу принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе осуществления лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения состояния Пациента.

\_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_) «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
Подпись Пациента (законного представителя) дата подписи

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на стоматологическое ортопедическое лечение

(в соответствии со ст 30, 31, 32, 33 Основ законодательства об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22 июля 1993 г.)

1. Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество пациента - разборчиво)

получил(а) от своего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении. Врач внимательно меня осмотрел, разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения. Я так же ознакомлен с возможными нижеперечисленными осложнениями.

Нарушения в зубочелюстной области могут привести к ряду морфологических и функциональных нарушений в других частях организма Пациента.

Протезирование позволяет восполнить утраченный объем зубов, улучшить эстетику, повысить жевательную эффективность, изменить высоту прикуса при сниженном прикусе в результате патологической стираемости.

При протезировании съёмными пластиночными протезами возможно развитие контактной аллергической реакции на компоненты базисной пластмассы, эрозии, язвы, механические травмы слизистой, боль в опорных зубах под кламмерами, боль в височнонижнечелюстном суставе. В случае несвоевременной замены пластиночных съёмных протезов вероятно атрофия альвеолярного гребня, вследствие которой могут возникнуть затруднения при приеме пищи, нечеткая речь, плохая фиксация протеза, рвота.

Помимо вышеперечисленных осложнений, при протезировании бюгельными протезами с «замками» также возникает вероятность вывиха зубов, перелома корня, трещины корня, расцементировки опорных коронок (вкладок), перелома коронковых частей зубов, повышение стираемости эмали зубов.

При протезировании несъёмными конструкциями (вкладки культевые, коронки, мостовидные протезы) возможны осложнениями могут стать: перфорации корня зуба, перелом корня зуба, индивидуальная непереносимость и повышение показателя PH (кислотности), аллергическая реакция на химические компоненты фиксирующих цементов, механические травмы слизистой оболочки, круговой связки зуба, щеки. Подобные осложнения могут возникнуть как на этапе подготовки (обработка зубов под коронки), так и на этапе примерки и установки коронок и мостовидных конструкций. Кроме того, существует вероятность развития функциональных осложнений - это изменение прикуса, повышение стираемости зубов - антагонистов, не покрытых коронками, эстетическое несоответствие.

В период проведения манипуляций в полости рта, в том числе анестезии, возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных применяемых материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, появление чувства жжения, болезненности, дискомфорта, нарушения функций глотания, жевания и речи.

Применение местной анестезии может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги, гематома (кровоизлияние) в месте укола, эрозия в месте укола, аллергическая реакция на обезболивающее вещество (сыпь, отек мягких тканей, анафилактический шок), токсическая реакция на обезболивающее вещество (тошнота, головокружение, кратковременная потеря сознания, нарушение координации).

При подписании договора возмездного оказания стоматологических услуг Пациенту (его законному представителю) вышеуказанная информация разъяснена и понятна

(\_\_\_\_\_) «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Подпись Пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_ дата подписи

Пациент (его законный представитель) внимательно осмотрен врачом-стоматологом, получил полную информацию об альтернативных методах лечения, ознакомился с планом протезирования и подготовительных мероприятий перед началом протезирования, принял решение осуществить стоматологическое лечение на вышеуказанных условиях и доверяет врачу принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе осуществления ортопедического лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения состояния Пациента.

(\_\_\_\_\_) «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Подпись Пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_ дата подписи

## **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на стоматологическое хирургическое лечение и анестезиологическое пособие**

(в соответствии со ст 30, 31, 32, 33 Основ законодательства об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22 июля 1993 г.)

1. Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество пациента - разборчиво)

получил(а) от своего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении. Врач внимательно меня осмотрел, разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения. Я так же ознакомлен с возможными нижеперечисленными осложнениями.

Нарушения в зубочелюстной области могут привести к ряду морфологических и функциональных нарушений в других частях организма Пациента.

В некоторых случаях наиболее предпочтительным методом лечения является хирургическое вмешательство – удаление зуба, резекция верхушки корня, ампутация или гемисекция корня, пародонтологические операции.

Для эффективности лечения может потребоваться вначале проведение терапевтической санации, а так же иные лечебные мероприятия - консультации со смежными специалистами, лечение хронических системных заболеваний.

Пациент вправе отказаться от стоматологическою хирургического лечения; при этом последствиями отказа могут быть: распространение инфекции от зуба в окружающие ткани, заболевания височно-нижнечелюстного сустава, головные боли, обострение имеющихся хронических заболеваний, заболевания нервной системы и желудочно-кишечного тракта, которые могут угрожать жизни пациента.

Применение местной анестезии может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги - гематома (кровоизлияние) в месте укола, эрозия в месте укола, аллергическая реакция на обезболивающее вещество (сыпь, отек мягких тканей, анафилактический шок), токсическая реакция на обезболивающее вещество (тошнота, головокружение, кратковременная потеря сознания, нарушение координации), изменение чувствительности по ходу нервного волокна, ограниченное открывание рта (после проведения мандибулярной анестезии).

В период проведения лечебных манипуляций в полости рта, в том числе и анестезии, возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных применяемых материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, появление чувства болезненности, дискомфорта, жжения, нарушение функций глотания, жевания, речи, появление крови. Вследствие проведения хирургического лечения могут возникнуть следующие осложнения: кровотечение после удаления, перелом коронки или корня, травма соседнего зуба или зуба-антагониста, перелом нижней челюсти, отрыв бугра верхней челюсти, повреждение мягких тканей, перфорация и проталкивание корня в верхнечелюстную пазуху или полость носа, в нижнечелюстную канал, отек мягких тканей, гематома, наличие боли, невралгии, парестезии, воспаления, инфекции, затруднение открывания рта, травма угла рта.

При проведении стоматологического хирургического лечения пациенту гарантировано использование современных технологий и использование качественных лекарственных средств.

После лечения требуются регулярные осмотры у лечащего врача по индивидуально определенному графику, а также воздержание от курения, употребления алкоголя, употребления продуктов с высоким содержанием сахара, что может привести снижению успеха проведенного лечения и нарушению заживления тканей.

При подписании договора возмездного оказания стоматологических услуг Пациенту (его законному представителю) вышеуказанная информация разъяснена и понятна, названы и согласованы сроки проведения лечения, стоимость его определенных этапов и лечения в целом. При этом Пациенту (его законному представителю) разъяснено, что в процессе лечения его стоимость может быть изменена в связи с коррекцией намеченного плана лечения.

( \_\_\_\_\_ ) « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_\_ г.

Подпись Пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_ дата подписи \_\_\_\_\_

Пациент (его законный представитель) внимательно осмотрен врачом-стоматологом, получил полную информацию об альтернативных методах лечения, ознакомился с планом лечения, принял решение осуществить стоматологическое лечение на вышеуказанных условиях и доверяет врачу принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе осуществления лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения состояния Пациента.

( \_\_\_\_\_ ) « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_\_ г.

Подпись Пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_ дата подписи \_\_\_\_\_

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

### на стоматологическое эндодонтическое лечение

(в соответствии со ст 30, 31, 32, 33 Основ законодательства об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22 июля 1993 г.)

1. Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество пациента – разборчиво)

получил(а) от своего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении. Врач внимательно меня осмотрел, разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения. Я так же ознакомлен с возможными нижеперечисленными осложнениями.

Нарушения в зубочелюстной области могут привести к ряду морфологических и функциональных нарушений в других частях организма Пациента.

В некоторых случаях наиболее предпочтительным способом стоматологического лечения является эндодонтическое лечение.

Существует вероятность развития осложнений, зависящих от характера воспалительного процесса, наличия сопутствующих заболеваний, индивидуальных особенностей организма, а также при невыполнении врачебных рекомендаций по уходу за полостью рта после произведенных манипуляций.

В период проведения манипуляций в полости рта, в том числе анестезии, возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных применяемых материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, появление чувства жжения, болезненности, дискомфорта, нарушения функций глотания, жевания и речи.

Применение местной анестезии может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги – гематома (кровоизлияние) в месте укола, эрозия в месте укола, аллергическая реакция на обезболивающее вещество ( сыпь, отек мягких тканей, анафилактический шок), токсическая реакция на обезболивающее вещество (тошнота, головокружение, кратковременная потеря сознания, нарушение координации), изменение чувствительности по ходу нервного волокна, ограниченное открывание рта (после проведения мандибулярной анестезии).

Возможными осложнениями в ходе эндодонтического лечения могут стать: перфорация дна и стенок полости зуба, перфорации корневого канала, боли при накусывании, откол стенки зуба, постпломбировочная чувствительность, развитие периапикальных очагов (отсроченные осложнения), отлом эндодонтического инструментария в канале, одонтогенный гайморит, одонтогенный остеомиелит, одонтогенный периостит, флегмоны и абсцессы челюстно-лицевой области, появление отечности окружающих тканей в области зуба, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней; выведение пломбировочного материала за пределы корневого канала, obturация нижнечелюстного капала пломбировочным материалом с нарушением чувствительности иннервируемой области, резорбция корней, перелом корня, воздушная эмболия, аллергическая реакция на лекарства, применяемые для обработки и пломбирования канала.

Неполная obturация корневого канала создает угрозу реинфицирования периапикальных тканей и дальнейшего прогрессирования верхушечного периодонтита. Может возникнуть необходимость в проведении повторного лечения корневого канала, хирургическое вмешательство в области верхушки зуба. Кроме того, может потребоваться ортопедическое лечение, вследствие утра-™ значительного количества твердых тканей зуба в процессе создания эндодонтического доступа.

При подписании договора возмездного оказания стоматологических услуг Пациенту (его законному представителю) вышеуказанная информация разъяснена и понята, названы и согласованы сроки проведения лечения, стоимость его определенных этапов и лечения в целом. При этом Пациенту (его законному представителю) разъяснено, что в процессе лечения его стоимость может быть изменена в связи с коррекцией намеченного плана лечения.

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_\_ г.  
Подпись Пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_ дата подписи

Пациент (его законный представитель) внимательно осмотрен врачом-стоматологом, получил полную информацию об альтернативных методах лечения, ознакомился с планом лечения, принял решение осуществить стоматологическое лечение на вышеуказанных условиях и доверяет врачу принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе осуществления лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения состояния Пациента.

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_\_ г.  
Подпись Пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_ дата подписи

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на стоматологическое пародонтологическое лечение

(в соответствии со ст 30, 31, 32, 33 Основ законодательства об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22 июля 1993 г.)

1. Я, \_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество пациента – разборчиво)

получил(а) от своего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении. Врач внимательно меня осмотрел, разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения. Я так же ознакомлен с возможными нижеперечисленными осложнениями.

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

Мне сообщена, разъяснена и понятна следующая информация о сути лечения:

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

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

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

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

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

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

- пародонтит - генерализованное поражение всего организма и процедуры стоматологов не могут устранить этот процесс полностью, а лишь носят характер симптоматического лечения, направленный на замедление процессов в полости рта и сохранение наибольшего количества зубов;

- при отказе от одного или нескольких, определенных доктором, этапов лечения (депульпирование, медикаментозное лечение, оперативное вмешательство в полном объеме, физиотерапевтическое лечение и протезирование), или выполнении этих этапов вне нашей клиники невозможно достижение желаемых результатов лечения;

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

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

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

При подписании договора возмездного оказания стоматологических услуг Пациенту (его законному представителю) вышеуказанная информация разъяснена и понятна, названы и согласованы сроки проведения лечения, стоимость его определенных этапов и лечения в целом. При этом Пациенту (его законному представителю) разъяснено, что в процессе лечения его стоимость может быть изменена в связи с коррекцией намеченного плана лечения.

\_\_\_\_\_ («\_\_\_») \_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_\_ г.

Подпись Пациента (законного представителя)

дата подписи

Пациент (его законный представитель) внимательно осмотрен врачом-стоматологом, получил полную информацию об альтернативных методах лечения, ознакомился с планом лечения, принял решение осуществить стоматологическое лечение на вышеуказанных условиях и доверяет врачу принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе осуществления лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения состояния Пациента.

\_\_\_\_\_ («\_\_\_») \_\_\_\_\_ 202\_\_\_\_\_ г.

Подпись Пациента (законного представителя)

дата подписи

## **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА КОМПЛЕКС ОБСЛЕДОВАНИЙ**

1. Настоящее информированное согласие разработано на основании ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказов Минздравсоцразвития РФ № 390н от 23 апреля 2012 года, №1177н от 20.12.2012г.

2. Согласно ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 года № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.

3. Информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается пациентом либо его законным представителем **один раз при первичном обращении в медицинскую организацию** и действительно в течение всего срока оказания услуг в медицинской организации.

**В целях проведения полноценного и качественного обследования, правильного выбора методов лечения врачу стоматологу может потребоваться провести:**

1. **Опрос**, в том числе, выявление жалоб, сбор анамнеза. Опрос сопровождается занесением информации о пациенте в медицинскую карту с последующим подтверждением слов пациента своей подписью.

2. **Осмотр**, в том числе:

- **пальпация** (метод медицинского обследования, основанный на осязательном ощущении, возникающем при движении и давлении пальцев или ладони осязающей руки. С помощью пальпации определяют свойства тканей и органов: их положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, топографические соотношения, а также болезненность исследуемого органа);

- **перкуссия** (метод медицинского обследования, состоящий в постукивании участков тела и определении по характеру возникающего при этом звука физических свойств расположенных под перкутируемым местом органов и тканей (главным образом их плотности, воздушности и эластичности));

**Целью осмотра** является оценка внешнего вида и симметричности лица, цвета кожных покровов, состояния лимфатических узлов, слизистой оболочки полости рта, определение числа зубов, их положения, цвета и состояния, состояния кожи.

3. **Рентгенологическое исследование** в стоматологии - это способ диагностики челюстно-лицевой области, помогающий выявить скрытую патологию и избежать ошибок при проведении стоматологических манипуляций:

- **ортопантомография** (метод визуализации зубного ряда, полостей носа, плотности и толщины кости, а также диагностики патологий височнонижнечелюстного сустава при помощи цифрового рентгеновского аппарата);

- **телерентгенография** (рентгенологическое исследование, используемое в ортодонтии; представляет собой боковой либо прямой снимок черепа, позволяет определить правильность расположения верхней и нижней челюсти относительно основания черепа, поставить ортодонтический диагноз, правильно выбрать метод лечения);

- **компьютерная томография** (метод трехмерной визуализации обеих челюстей, придаточных пазух носа и височно-нижнечелюстного сустава с минимальной лучевой нагрузкой для пациента, необходимо при комплексной стоматологической реабилитации, а также некоторых состояниях в эндодонтии, хирургии, пародонтологии, ортопедии);

- **рентгеновизиография** - цифровой снимок в области 1 зуба.

**Процедура проведения:** пациент находится в положении стоя на указанном специалистом месте по отношению к аппарату, подбородок устанавливается на специальный упор с прикусником, а рама с датчиком и рентгеновским излучателем поворачиваются вокруг головы пациента.

**Противопоказания:** беременность; кормление грудью; детский возраст до 5 лет (исследование проводится в определенных клинических случаях по решению лечащего врача); проведение рентгенологического обследования внутренних органов (желудка, кишечника и т.п.), позвоночника в течение одной недели до и после дентальной КТ; отягощенный анамнез (пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии по поводу сопутствующих заболеваний - менее чем за 6 месяцев до настоящего времени; работа, связанная с использованием источников ионизирующего излучения).

**Информация о лучевой нагрузке на пациента:** лучевая нагрузка при выполнении ортопантомограммы, телерентгенограммы - 40 мкЗв (микрозиверт), компьютерной томограммы - 40 мкЗв., рентгеновизиографии - 20 мкЗв. Максимальная лучевая нагрузка на пациента в год по данным Всемирной организации здравоохранения 1000 мкЗв.

**4. Инструментальное обследование** (один из самых главных методов диагностики, проводится с использованием стоматологического зеркала, специальных зондов, позволяет оценить состояние каждого зуба, состояние эмали, наличие кариозных полостей, болезненность зубов).

**5. Применение цифровой внутриротовой видеокамеры** (используется для визуализации и увеличения до 100 раз поверхности зубов и слизистой оболочки полости рта).

**6. Специальные методы диагностики** стоматологических состояний и заболеваний, в частности:

- *электроодонтодиагностика* (метод оценки возбудимости чувствительных нервов зуба при их раздражении электрическим током);
- *термоодонтодиагностика* (метод оценки состояния возбудимости чувствительных нервов зуба с помощью температурных раздражителей);
- *реоодонтография* (метод оценки состояния пульпы зуба, основанный на графической регистрации пульсирующего потока крови по сосудистой системе пульпы зуба);
- *создание диагностических моделей челюстей пациента* (необходимы для постановки диагноза и для контроля лечения, то есть, оценки начального состояния, после препарирования, после наложения и фиксации протезов) и другие методы.

**7. Фотографирование** - проводится цифровой камерой с целью диагностики, планирования, визуализации ситуации в полости рта. Проводиться в случаях планируемых эстетических работ, при ортодонтическом лечении, а также при эндодонтическом лечении с помощью микроскопа.

\*\*\*

За исключением опроса, проводимого на любом приеме любого специалиста, все остальные перечисленные методы диагностики применяются при наличии соответствующих показаний и при правильном их применении:

1. Исключают внесение во внутреннюю среду организма болезнетворных вирусов и бактерий, чужеродных веществ;
2. Как правило, не сопровождаются болевыми и иными неприятными ощущениями, если только их целью не ставится определение степени болезненности;
3. Не сопровождаются рисками для здоровья.

\*\*\*

Ознакомившись с перечнем диагностических мероприятий, применяемых в клинике, я \_\_\_\_\_, даю согласие на их назначение и проведение мне либо моему ребенку \_\_\_\_\_, любым из специалистов клиники, если их проведение необходимо для постановки или уточнения моего диагноза (диагноза моего ребенка), а также выбора мероприятий по лечению.

Все термины данного информированного согласия, а также цели каждой диагностической манипуляции мне понятны, на возникшие вопросы получены полные и ясные мне ответы.

Имеются диагностические мероприятия, в отношении которых я заявляю об отказе от их проведения, в частности: \_\_\_\_\_

Отказываясь от применения данных диагностических манипуляций я осознаю, что лишаю врача возможности получения более точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья (здоровья моего ребенка).

Я понимаю, что факт дачи мною согласия на медицинское вмешательство имеет соответствующие юридические последствия. Я подписываю настоящее согласие на медицинское вмешательство, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой информацией для принятия решения.

Подпись врача;

Подпись пациента (законного представителя):

Подпись врача:

\_\_\_\_\_  
ФИО \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ФИО \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.