



центр диагностики и лечения

**АКАДЕМИЯ VIP**

ООО «Академия-ВИП Стоматология» 603000, г. Нижний Новгород, ул. Студеная, д. 57 тел./факс +7 (831) 439-77-77, +7 (831) 270-00-00, ИНН 5260131438, КПП 526001001, 603000, г. Нижний Новгород, ул. Студеная, д.57 р/с 40702810442050004569 в Волго-Вятском банке ПАО Сбербанк г. Н. Новгород, к/с 30101810900000000603, БИК 042202603 E-mail: info@academy-vip.com, сайт: ww.academy-vip.com

Утверждено приказом Министерства  
здравоохранения  
Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Лицензия № Л041-011-64-52/00575019 от 24.04.2014

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство/диагностику/лечение  
в ООО «Академия VIP стоматология»**

**Ортодонтическое лечение**

**(исправление прикуса и неправильно стоящих зубов)**

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1.Я,

\_\_\_\_\_

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

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу:

\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в \_\_\_\_\_ отношении (если \_\_\_\_\_ ребенок - \_\_\_\_\_ вписывает \_\_\_\_\_ ребенок)

\_\_\_\_\_

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

"\_\_" \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача в ООО «Академия ВИП стоматология».

Медицинским работником

---

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

Медицинским работником

---

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

Медицинским работником

---

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

Медицинским работником

---

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

**2. Мне, в доступной для меня форме, разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнения, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.**

2.1. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.2. Индивидуальный рекомендованный план ортодонтического лечения.

2.3. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий ортодонтического лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач (особенности роста и развития зубочелюстной системы детей и подростков, изменение общего состояния здоровья, беременность и т.д.)

2.4. Допустимость увеличения сроков лечения в случае нерегулярного посещения или невыполнения рекомендаций врача.

2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно:

---

2.6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно:

---

2.7. Возможные осложнения на разных этапах ортодонтического лечения вследствие ряда причин, не зависящих от врача (ненужное зачеркнуть, нужное добавить)

- нарушение эмали зубов (появление пятен, кариеса, повышение чувствительности зубов),
- воспаление десны (кровоточивость, отечность) вследствие плохой гигиены полости рта, снижение иммунитета или/и изменение гормонального фона,
- избыточное перемещение, излишняя подвижность зубов, усиление зубоальвеолярных деформаций – вследствие несвоевременной явки к врачу, отказа от рекомендованного плана лечения или заболеваний пародонта,
- невозможность перемещения зуба-вследствие горизонтального расположения зуба в кости или сращения корня зуба с окружающей тканью,
- усиление опускания десны — вследствие начальных признаков этого процесса до начала лечения,

- рассасывание верхушек корней — вследствие гормональных нарушений, неконтролируемого использования ортодонтического аппарата,
- нарушение речевой функции — временно, на период ортодонтического лечения,
- поломка аппарата и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт — вследствие нарушений рекомендаций врача, режима использования аппарата (жевание грубой пищи, раскусывание орехов, ношение съемного аппарата в бассейне и т.д.),
- частичная или полная потеря достигнутого результата — вследствие несоблюдения требований к закрепляющему периоду лечения, невыполнения рекомендаций врача (например, удалить зачатки зубов «мудрости»), несвоевременного обращения к врачу или поломке аппарата.

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

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

2.10. Возможные осложнения после постановки пломбы (спустя неделю и более), а именно (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):

- воспаление пульпы вследствие проникновения сюда бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий (глубокий кариес) или повреждается в процессе обработки зуба; в этом случае потребуются: а) снять поставленную пломбу, б) пролечить каналы, в) поставить новую пломбу.

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

4. **Мне названы и со мной согласованы:**

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

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

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

- получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;
- консультация стоматолога (ов) иного

профиля: \_\_\_\_\_

- консультация у врача (ей) общего медицинского
- профиля: \_\_\_\_\_

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

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

- Я ознакомлен(а) с распорядком работы и правилами получения медицинской помощи в ООО «Академия VIP стоматология» и обязуюсь их соблюдать;

- Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован (а) в доступной форме о целях, методах, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (лицу мной предоставленному) делать во время их проведения. Я информирован (а) о возможных вариантах лечения, рисках и возможных осложнениях;

- Я извещен (-а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшения самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, не соблюдения лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение смогут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

- Я согласен (-на) получать помощь в полном объеме которая превышает объем стандарта медицинской помощи, либо в меньшем объеме чем предусмотрен стандартом – в зависимости от клинической рекомендации поясненной в доступной форме мне врачом.

- Я поставил (-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Информирован (-а) о том, что медицинская помощь оказывается в соответствии с Порядками, стандартами и клиническими рекомендациями, но иногда, в зависимости от индивидуальной клинической ситуации, пояснённой мне врачом в доступной форме, её объём может быть изменен в большую или меньшую сторону. Сроки оказания медицинской помощи зависят от клинической ситуации.

Я ознакомлен (-а) и согласен (-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и ортодонтическое лечение в предложенном объеме;

- Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5](#) части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

---

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

---

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

**Срок предоставления медицинской помощи определяется по согласованию с врачом в зависимости от клинической ситуации.**

---

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

Расписался в моем присутствии:

Администратор или Медицинский работник \_\_\_\_\_

подпись \_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)