# ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИМЕНИ Н.А. СЕМАШКО»

#### ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

учебное пособие для медицинских вузов

УДК 614.2+34 ББК 67.4+51.1 П68

#### Составители:

Сойхер Марина Ивановна— кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ИС ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Строганова Анна Германовна – ассистент кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ИС ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

Александрова Оксана Юрьевна — доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по науке и образованию ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

Амхадова Малкан Абдрашидовна— доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой хирургической стоматологии и имплантологии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Сойхер Михаил Григорьевич — кандидат медицинских наук, профессор кафедры ортопедической стоматологии ФГАОУ ВО МЗ РФ «Казанский государственный медицинский университет»

Мамедов Адиль Аскерович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии ИС ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет)

Морозова Наталья Сергеевна— кандидат медицинских наук, доцент, профессор кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии ИС ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет)

Попова Татьяна Геннадьевна – доктор медицинских наук, консультант городского бюро судмедэкспертизы департамента здравоохранения Москвы и Российского центра судмедэкспертизы Минздрава РФ

Eникеев Aмир Mаратович — врач-методист OMK  $\Gamma AV3$  MO «Московская областная стоматологическая поликлиника»

Антонов Николай Михайлович — клинический ординатор 2 года обучения кафедры ортопедической стоматологии  $\Phi \Gamma AOV$  ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет)

Сарычева Виктория Алексеевна — юрисконсульт  $\Gamma AV3$  MO «Московская областная стоматологическая поликлиника»

#### Рецензенты:

Спасенников Борис Аристархович — доктор медицинских наук, доктор юридических наук, профессор, советник директора ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

Демьяненко Светлана Александровна— доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой стоматологии и ортодонтии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»

П68 Правовые аспекты оформления медицинской карты стоматологического пациента: учебное пособие / М.И. Сойхер, А.Г. Строганова, О.Ю. Александрова, М.А. Амхадова и др. — М.: Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко, 2021.-92 с. ISBN 978-5-6046837-0-5

В учебном пособии «Оформление медицинской карты стоматологического пациента» изложены вопросы по заполнению медицинской карты стоматологического больного форма № 043/у. Материалом для подготовки послужили требования, предъявляемые Федеральным законодательством к ведению медицинской документации. На основании этих требований коллективом авторов предложены основные формы медицинской документации, в том числе шаблоны информированных добровольных согласий пациента на основные виды медицинских вмешательств, практикуемых врачами-стоматологами.

Данное учебное пособие предназначено для обучающихся по программам ДПО по специальностям «стоматология», «стоматология терапевтическая», «стоматология хирургическая», «стоматология ортопедическая», «стоматология детская», «ортодонтия», «общественное здоровье и здравоохранение», а также для специалистов органов управления здравоохранением.

УДК 614.2+34 ББК 67.4+51.1

ISBN 978-5-6046837-0-5

© Сойхер М.И., Строганова А.Г., Александрова О.Ю., Амхадова М.А., Сойхер М.Г., Мамедов А.А., Морозова Н.С., Попова Т.Г., Еникеев А.М., Антонов Н.М., Сарычева В.А., 2021

© Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко, 2021

Медицинская помощь — это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг. Медицинская помощь должна быть доступной $^1$ , своевременной $^2$ , качественной $^{3,4}$ , безопасной $^{5,6}$ , гуманной $^7$ .

Одним из условий реализации всех требований к медицинской помощи является ведение учетно-отчетной медицинской документации в полном объеме. Именно от своевременности и корректности заполнения документации зависит соблюдение принципов легитимности оказываемой медицинской помощи, преемственности ведения пациентов и междисциплинарного подхода к планированию лечения.

Термин «медицинские документы» расшифровывается как специальные формы документации, ведущиеся медицинским персоналом, в которых регламентируются действия, связанные с оказанием медицинских услуг $^8$ .

1

 $<sup>^{1}</sup>$  Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», п.6 ст.4, ст.10, ст.11 // Собрание законодательства Российской Федерации. -2011.- № 48. - Ст. 6724.

 $<sup>^2</sup>$  Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ч.2, ст.70, п.3, ч.1, ст.6 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. — № 48. — Ст. 6724.

 $<sup>^3</sup>$  Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», п.3 ч.5, ст.19, ч.2, ст.70 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. — № 48. — Ст. 6724.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Федеральный закон Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 08.12.2020) «О защите прав потребителей», ст.4 // // Собрание законодательства РФ. 15.01.1996. № 3. Ст. 140.

<sup>&</sup>lt;sup>5</sup> Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», п.2, ч.5, ст.19, п.5, ч.1, ст.79 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 48. – Ст. 6724.

 $<sup>^6</sup>$  Федеральный закон Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 (ред. от 08.12.2020) «О защите прав потребителей», ст.7 // // Собрание законодательства РФ. 15.01.1996. № 3. Ст. 140.

 $<sup>^{7}</sup>$  Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», пп.4, 11, ч.5, ст.19, пп.1,2, ч.1, ст.6 // Собрание законодательства Российской Федерации. -2011.- № 48. - Ст. 6724.

<sup>&</sup>lt;sup>8</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.01.2001 №12 «О введении в действие отраслевого стандарта «термины и определения системы стандартизации в здравоохранении», гр.15. // Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

### ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ, ОФОРМЛЯЕМЫХ ПАЦИЕНТУ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

- 1. Медицинская карта.
- 2. Согласие на обработку персональных данных.
- 3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012г. №1177н<sup>9</sup>.
- 4. Анкета здоровья пациента.
- 5. Анкета эпидемиологического анамнеза (COVID-19).
- 6. Информация о возможности получения услуги в рамках программы государственных гарантий.
- 7. Договор на оказание платных медицинских услуг.
- 8. План лечения.
- 9. Информированное добровольное согласие пациента на различные виды медицинских вмешательств.
- 10. Отказ пациента от медицинского вмешательства.
- 11. Памятка о товарах, работах, услугах.
- 12. Акт об оказанных услугах.

Ведение медицинской документации обязательно при оказании любого вида медицинской помощи вне зависимости от способа ее оплаты и формы собственности медицинской организации $^{10,11}$ .

#### 1. Медицинская карта стоматологического пациента

В привычном понимании медицинская документация пациента — его медицинская карта. Медицинская карта оформляется пациенту при любом обращении за медицинской помощью вне зависимости от ее вида и объема. В настоящее время не существует утвержденной формы медицинской карты стоматологического пациента, однако рекомендуемой к использованию является форма 043/У [1, с.91]. Для пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью, обязательно оформление карты по форме 043-

\_

<sup>&</sup>lt;sup>9</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012г. №1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинских вмешательств, форм информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и форм отказа от медицинского вмешательства» // Российская газета. — 2013. — Федеральный выпуск № 145(6121).

 $<sup>^{10}</sup>$  Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», п.11, ч.1, ст.79 // Собрание законодательства Российской Федерации. -2011.- № 48. - Ст. 6724.

<sup>&</sup>lt;sup>11</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 4.10.2012 г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», п.30, р.5 // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2012. - № 41. -Ст. 5628.

1/У, утвержденной в 2014 году<sup>12</sup>. Важно понимать, что в формы любых видов медицинской документации, которые утверждены законодательно, запрещено вносить какие-либо изменения. Медицинская карта может быть оформлена следующим образом:

- на бумажном носителе;
- на электронном носителе (с электронно-цифровой подписью врача и пациента);
  - на бумажном и электронном носителе.

Срок хранения медицинских карт стоматологических пациентов составляет 25 лет $^{13}$ . Медицинская карта является собственностью медицинской организации и хранится в специально выделенном помещении $^{14}$ .

Медицинская документация является главным звеном расследования любой конфликтной ситуации между медиками и пациентами. Служебное расследование может быть организовано в рамках как мероприятий внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, так и досудебной и судебной экспертизы.

При первичном обращении пациента за консультацией в медицинскую организацию необходимо в обязательном порядке оформить медицинскую карту в полном объеме.

#### 2. Согласие на обработку персональных данных (приложение 1,2)

Заполнение паспортной части пациента производится в регистратуре медицинской организации и сопровождается дачей информированного добровольного согласия на обработку персональных данных. Для каждого субъекта Российской Федерации органом власти в сфере охраны здоровья может быть утвержден свой локальный нормативный акт, регламентирующий форму информированного добровольного согласия на обработку персональных данных <sup>15</sup>.

\_

<sup>&</sup>lt;sup>12</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 г. №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» // Официальный интернет-портал правовой информации. URL: http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201502260006. Доступ на: 02.07.2021г.

<sup>&</sup>lt;sup>13</sup> Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7.12.2015 г. №13-2/1538 «О сроках хранения медицинской документации» // Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

 $<sup>^{14}</sup>$  Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», п.12, ст.79 // Собрание законодательства Российской Федерации. -2011.-№ 48.-Ст. 6724.

<sup>&</sup>lt;sup>15</sup> Распоряжение Министерства здравоохранения Московской области от 03.08.2020г. №101-Р «Об утверждении форм информированных согласий на обработку и передачу персональных данных, а также на обработку и передачу специальных категорий персональных данных» // Официальный интернет-портал Министерства здравоохранения

Подписывая согласие на обработку персональных данных, гражданин предоставляет медицинской организации право совершать все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также внесение в электронные базы, реестры, списки, отчетные формы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, и обмен персональными данными между различными базами и порталами (например, Единым порталом государственных и муниципальных услуг (функций), единой автоматизированной информационной системой «Социальная защита и социальное обслуживание населения Московской области», федеральным бюро медико-социальной экспертизы, федеральной интегрированной электронной медицинской картой и так далее) с обеспечением их защиты от несанкционированного доступа. Способ обработки персональных данных выбирается медицинской организацией (на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использования использованием И без средств автоматизации смешанным путем).

Подписав вышеупомянутый документ, гражданин также дает согласие на информирование его о мероприятиях, связанных с оказанием медицинской помощи, с помощью средств связи (например, направление SMS-сообщений или письма на электронную почту). В перечень таких мероприятий входит запись на прием (обследование), отмена приема (обследования), оповещение о готовности результатов исследования.

Для несовершеннолетних и недееспособных пациентов оформление медицинской документации осуществляется законными представителями – родителями, усыновителями и попечителями несовершеннолетних, опекунами недееспособных лиц, попечителями лиц, которые признаны ограниченно дееспособными <sup>16</sup> [2, c.276].

Законные представители пациентов имеют право получать полную информацию о состоянии здоровья лица, в силу возраста или иных аспектов не имеющего права распоряжаться своим здоровьем. Медицинская организация имеет право передавать сведения, составляющие врачебную тайну, законным представителям дееспособного несовершеннолетнего пациента до достижения им возраста 18 лет<sup>17</sup>. Иным лицам медицинские документы выдаются по доверенности, которая оформляется надлежащим образом. Согласно судебной практике, адвокат не обладает правом получать

Московской области. URL: https://mz.mosreg.ru/dokumenty/normotvorchestvo/rasporyaditelnye-dokumenty-ministerstva/04-08-2020-14-40-23-rasporyazhenie-ministerstva-zdravookhraneniya-mosk. Доступ на: 02.07.2021г.

<sup>&</sup>lt;sup>16</sup> Гражданский Кодекс Российской Федерации, ст. 26,29,30 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1994. – № 32. – Ст. 3301.

<sup>&</sup>lt;sup>17</sup> Федеральный закон от 31.07.2020 №271-ФЗ «О внесении изменения в статью 22 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»» // Российская газета. – 2020. – Федеральный выпуск № 173(8227).

медицинскую документацию и также обязан предъявить нотариальную доверенность <sup>18</sup> [3, с.404].

## 3. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (на выбор медицинской организации и врача) по утвержденной форме<sup>9</sup> (приложение 3,4)

До начала медицинского вмешательства пациент обязан дать на него информированное добровольное согласие  $(ИДС)^{19}$ . Согласие на медицинское вмешательство дается пациентом собственноручно по достижении возраста 15 лет и при его дееспособности. Для наркозавизимых несовершеннолетних пациентов согласие на медицинское вмешательство берется по достижении ими возраста 16 лет $^{20}$ .

Консультация врача-специалиста также относится к категории медицинских вмешательств и требует дачи ИДС. Кроме того, пациент имеет право отказаться от любого медицинского вмешательства<sup>21</sup>. При возникновении подобных ситуаций пациент обязан письменно подтвердить свой отказ от конкретного медицинского вмешательства, а также свою информированность обо всех последствиях своего отказа.

Форма ИДС, которую пациенту необходимо подписать до начала любых медицинских лечебных и диагностических манипуляций (в том числе опроса, осмотра, измерения температуры тела, артериального давления), а также форма отказа от медицинского вмешательства утверждены законодательно<sup>9</sup>.

#### 4. Анкета здоровья (приложение 5)

На этапе оформления медицинской карты в регистратуре пациент заполняет персонализированную анкету здоровья — указывает сведения, необходимые медицинскому персоналу для корректного составления плана лечения и профилактики возможных осложнений. Заполнение анкеты здоровья является первым проявлением лояльности пациента и его готовности к сотрудничеству. Все сведения, указываемые в анкете здоровья,

 $^{19}$  Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ч.1, ст.20 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. — № 48. — Ст. 6724.

 $<sup>^{18}</sup>$  Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст.13 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011.-№ 48.-Ст. 6724.

 $<sup>^{20}</sup>$  Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ч.2, ст.54 // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2011. - № 48. -Ст. 6724.

 $<sup>^{21}</sup>$  Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ч.3, ст.20 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. - № 48. -Ст. 6724.

пациент либо его законный представитель заверяет своей подписью. Важно информировать пациента о необходимости своевременно вносить изменения в анкету здоровья в случае наличия таковых и об ответственности за дачу ложных сведений.

#### 5. Анкета эпидемиологического анамнеза (приложение 6)

В 2020 году в рамках ограничения распространения коронавирусной инфекции COVID-19 перечень документов, оформляемых администраторами медицинских организаций любой формы собственности, пополнился анкетой эпидемиологического здоровья пациента<sup>22</sup>.

### 6. Информация о возможности получения услуги в рамках программы государственных гарантий (приложение 7)

В случае оказания медицинской помощи на возмездной основе до начала проведения консультации пациент должен письменно подтвердить свою информированность о возможности получения медицинской помощи в рамках государственных гарантий, об объемах, в пределах которых данная помощь оказывается, и о медицинских организациях, куда можно обратиться за ее получением<sup>23</sup>.

#### 7. Договор на оказание медицинской помощи (приложение 8)

Медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе, предполагают заключение соответствующего договора. Публичный договор – это одна из разновидностей гражданско-правовых отношений<sup>24</sup>.

Публичный договор имеет ряд особенностей:

- 1. Одним из субъектов такого договора обязательно является юридическое лицо (государственная либо частная медицинская организация). Контрагентом является физическое либо юридическое лицо потребитель предоставляемых услуг, товаров, результатов работ.
- 2. Публичный договор касается деятельности, по содержанию соответствующей характеру основной деятельности данной организации (медицинская деятельность).

<sup>22</sup> Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18:03.2020 №7 «Об обеспечении режима изоляции в целях предотвращения COVID-19» // Официальный интернет-портал правовой информации. URL: http://publication.pravo.gov.ru/ Document/View/0001202003190001. Доступ на: 02.07.2021г.

 $<sup>^{23}</sup>$  Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», п.3, ч.1, ст.79 // Собрание законодательства Российской Федерации. -2011.-№48.-Ст. 6724.

<sup>&</sup>lt;sup>24</sup> Гражданский Кодекс Российской Федерации, ст.426 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 1994. – № 32. – Ст. 3301.

- 3. Медицинская организация не вправе по своему усмотрению выбирать пациента.
- 4. Медицинская организация не вправе отказываться от заключения публичного договора при наличии возможности предоставить потребителю соответствующие услуги.
- 5. Организация не имеет права отдавать предпочтение одним потребителям перед другими, за исключением случаев, предусматриваемых законодательством. К льготным категориям потребителей некоторых услуг могут быть отнесены ветераны ВОВ, инвалиды и некоторые другие.
- 6. Публичный договор предполагает одинаковые условия предоставления услуг (включая цены на товары) для всех потребителей, кроме предусмотренных законодательством случаев льгот для отдельных категорий граждан.
- 7. В случае публичного договора по его условиям решаются в суде независимо от согласия сторон. Если уклонение организации от заключения такого договора признано необоснованным, последний может быть заключен принудительно. Потребитель при этом может потребовать возмещения убытков, понесенных из-за отказа заключить договор.

#### 8. План лечения (приложения 9,10)

Для полноценного информирования пациента об объеме, сроках и стоимости оказываемых медицинских услуг требуется составление плана лечения пациента вне зависимости от объема оказываемой помощи. Ниже приведен рекомендуемый перечень позиций для включения в структуру плана лечения.

- 1. Перечень оказываемых медицинских услуг.
- 2. Этапы оказания медицинских услуг.
- 3. Стоимость оказываемых медицинских услуг.
- 4. Сроки оказания медицинских услуг.
- 5. Дополнительная информация об услугах.
- 6. Возможность оказания дополнительных медицинских услуг.
- 7. Альтернативный план лечения.
- 8. Отказ от альтернативного плана лечения.
- 9. Возможность изменения перечня медицинских услуг.
- 10. Возможность изменения стоимости медицинских услуг.

План лечения, подписанный медицинским работником и пациентом, является приложением к договору об оказании медицинских услуг.

### 9. Информированное добровольное согласие пациента на различные виды медицинских вмешательств (приложения 11-29)

Информированное добровольное согласие (ИДС) состоит из юридической и медицинской части. Первая включает в себя персональные

данные пациента, дату подписания ИДС, сведения о наименовании медицинской организации, на базе которой осуществляется медицинское вмешательство. Медицинская часть ИДС формируется индивидуально, исходя из сути самого медицинского вмешательства. Она не должна быть смоделирована в профессиональной форме, то есть доступной для понимания только лицам с медицинским образованием. Наиболее правильной в применении считается субъективная модель оформления ИДС – понятная для человека, не обладающего специальными Медицинская часть ИДС должна отвечать ряду требований.

ИДС должно быть:

- 1) действительным, т.е. подписанным пациентом старше 15 лет либо его законным представителем;
- 2) предварительным, T.e. подписанным ДΟ начала оказания медицинской услуги;
  - 3) содержательным, то есть содержать детали медицинской услуги;
  - 4) понятным для человека без специальных знаний;
  - 5) добровольным;
  - 6) письменным.

Существует определенный шаблон, которым можно руководствоваться при разработке ИДС для конкретной медицинской услуги. В каждом ИДС обязательно указание вида вмешательства и диагноза, являющегося обоснованием для выбранной тактики лечения. Кроме того, необходимо подробно изложить цели и методы оказания медицинской помощи, варианты проведения медицинского вмешательства, возможные риски и последствия, Также предполагаемые результаты. структуру информированного добровольного согласия можно включить информирование пациента об ответственности за свое здоровье<sup>25</sup>.

#### 10. Приложения к медицинской карте (приложения 30,31)

В контроля радиационной безопасности рамках населения медицинскую карту необходимо вносить сведения о дозах лучевой нагрузки, полученной пациентом при проведении рентгенологических исследований 26.

дозовых нагрузок используется для учета накопленного пациентом радиационного излучения в ходе медицинских процедур. Учет ведется в милизивертах (мЗв). Документ заполняется медицинским

 $^{25}$  Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст.27 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2011. – № 48. – Ct. 6724.

<sup>&</sup>lt;sup>26</sup> Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.02.2003 года №8 «О введении в действие СанПиН 2.6.1.1192-03» (Регистрационный № 4282 от 19 марта 2003 г.), п.2.10, р.2 // Сборник «Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти». – 2003. – № 18.

персоналом в ходе проведения рентгенологической диагностики. В документ вносятся:

- 1. Дата проведения процедуры.
- 2. Название, количество и краткое описание проводимых процедур.
- 3. Расчетная эффективная доза, на основе данных о радиационном выходе за одно исследование или одну процедуру.
- 4. При необходимости примечания.

Исходя из этих данных, врач определяет, допустимо ли назначение очередных исследований и процедур с применением ионизирующего излучения.

федерального Одним мероприятий проекта «Борьба ИЗ является заболеваниями» раннее обнаружение онкологическими населения<sup>27</sup>. Организация патологии комплекса онкологической V мероприятий по раннему выявлению онкологических заболеваний входит в перечень показателей, оцениваемых при проведении проверок в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности<sup>28</sup>.

В полости рта представлены ткани различного строения и происхождения, соответственно, возможно развитие большого разнообразия видов новообразований. Наиболее эффективной методикой скрининга на приеме врача-стоматолога считается люминесцентная стоматоскопия. Результаты диагностики также необходимо включать в медицинскую карту пациента. В итоге на основе проведенного осмотра формируется план обследования и консультации пациента.

В карте онкоскрининга прежде всего отмечается наличие или отсутствие асимметрии лица и шеи. Затем осматриваются лицо, шея на наличие образований и изменений кожных покровов. Далее врач переходит к пальпации регионарных лимфоузлов как справа, так и слева. Заполняется каждая графа таблицы. При отсутствии изменений в карте отмечается «N» — норма. При наличии изменений в соответствующее поле ставится «+». Под таблицей на уровне строчки «описание» описывается цвет, размер, форма, консистенция, указывается размер лимфоузлов, подвижность и их болезненность либо безболезненность. При наличии новообразования — описывается по вышеописанной форме.

Оборотная сторона карты онкоскрининга стоматологического больного представлена в виде «шахматной доски», на которую наложена топография полости рта. При этом один квадрант равен площади 5х5 мм в полости рта. Врач-стоматолог фиксирует результат осмотра, заштриховывая участки

\_

<sup>&</sup>lt;sup>27</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.09.1997 г. №270 «О мерах по улучшению организации онкологической помощи населению РФ» // Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

<sup>&</sup>lt;sup>28</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», р.2, п.29 // Доступ из справправовой системы «КонсультантПлюс».

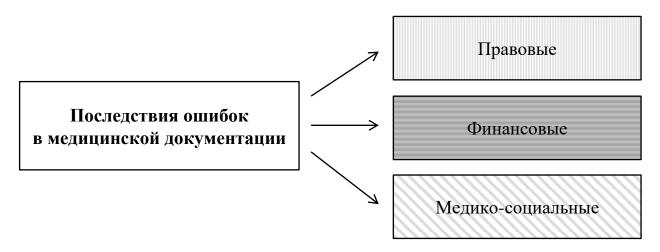
измененной слизистой с учетом размера. Это необходимо для оценки динамики процесса, в том числе при лечении предраковых процессов. Под картой на уровне строчки «описание изменений» фиксируются все имеющиеся изменения слизистой оболочки полости рта [4, с.5-7].

#### 11. Акт выполненных работ (приложение 32)

Свидетельством завершения договорных отношений между сторонами (вне зависимости от формы оплаты) является акт выполненных работ. Этот документ играет роль доказательства соответствия результата услуги условиям договора и ожиданиям пациента. В ряде случаев пациент может уклониться от подписания акта выполненных работ. В такой ситуации медицинская организация направляет акт в двух экземплярах заказным письмом на адрес гражданина, указанный в медицинской карте. К актам прилагается сопроводительное письмо с просьбой направить в адрес медицинской организации подписанный экземпляр акта выполненных работ.

#### ТИПИЧНЫЕ ОШИБКИ ВЕДЕНИЯ ДОКУМЕНТАЦИИ В СТОМАТОЛОГИИ

Дефекты оформления медицинской документации приравниваются к дефектам оказания медицинской помощи.



Типичные нарушения ведения медицинских карт стоматологических пациентов можно разделить на пять основных групп:

- 1) небрежное или неполное заполнение паспортной части медицинской карты, отсутствие согласия на обработку персональных данных пациента/законного представителя пациента;
- 2) отсутствие или неполное заполнение информированного добровольного согласия пациента либо законного представителя на то или

иное медицинское вмешательство, подписанного пациентом либо его законным представителем и лечащим врачом;

- 3) отсутствие образом оформленного надлежащим отказа OT медицинского вмешательства;
- 4) отсутствие информации по аллергологическому анамнезу, сопутствующих и перенесенных заболеваниях;
- 5) отсутствие плана лечения пациента и акта выполненных работ, подписанных пациентом/ его законным представителем и лечащим врачом;
- б) небрежное или неполное заполнение медицинских разделов: жалоб пациента при обращении, сведений о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, листа учета рентгенологических нагрузок, записей дневника врача о посещениях пациента;
  - 7) отсутствие подписи врача в дневнике посещений;
- 8) нарушения порядка оказания медицинской помощи: несоответствие диагноза описанному объективному статусу и предъявляемым жалобам, неполное описание или отсутствие описания проведённых диагностических осуществление лечебных мероприятий исследований,  $\mathbf{c}$ нарушением протоколов оказания медицинской помощи;
- 9) дефекты в описании проведенного лечения краткость изложения, проведенных манипуляций, не указан вид местного обезболивания, название применяемого антисептика и его концентрация;
- 10) несоблюдение правил выписки лекарственных препаратов пациенту $^{29}$ ;
  - 11) отсутствие рекомендаций для пациента после осмотра и лечения;
- 12) отсутствие даты следующего посещения, срока наложения лечебной повязки, швов;
- 13) исправления не оформлены по требованиям. Медицинские карты, в которых имеются исправления в виде зачеркиваний, замазывания штрихом, не принимаются в суде в качестве доказательства, так как подобные фальсификацией исправления откницп считать документа. фальсификацию штрафом, обязательными либо наказывают исправительными работами, арестом<sup>30</sup>.

Гарантировать юридическую безопасность медицинской организации вне зависимости от формы собственности и абсолютно в любой ситуации могут четыре простых правила, будучи рутинной практикой каждого медицинского работника:

 $<sup>^{29}</sup>$  Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации 20.12.2012 № 1175н «Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учёта и хранения» // Российская газета. – 2020. – Федеральный выпуск № 142(6118).

<sup>&</sup>lt;sup>30</sup> Уголовный Кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 №63-Ф3, ст.303. // Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

- 1. Полноценно и правильно оформленная медицинская документация.
- 2. Действия врача в рамках своей компетенции согласно профессиональному стандарту и должностной инструкции.
- 3. Качественная лечебная работа.
- 4. Надлежащая фармакотерапия.

#### ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

на обработку и передачу персональных данных, а также на обработку и передачу специальных категорий персональных данных

я, нижеподписавшиися (аяся),
(фамилия, имя и отчество (при наличии), полностью) Паспорт, серия номер выдан
проживающий(ая) по адресу:
проживающим(ил) по идресу.
адрес регистрации:
телефон: электронная почта:
в соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных
данных», статьей 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку медицинской организацией
(наименование медицинской организации)
(далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, адрес места жительства (пребывания), место работы, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, выписанных рецептах и лекарственных средствах, случаи обращения за медицинской помощью, оформления листка нетрудоспособности, справки, выдаваемой учреждениями медико-социальной экспертизы (при наличии), и другую информацию в медико-профилактических целях, в целях оказания медицинских услуг, включая установление медицинского диагноза, предоставления медико-профилактических, социальных, государственных и муниципальных услуг, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, при условии обеспечения сохранности врачебной тайны. В процессе оказания Оператором медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе специальные категории персональных данных, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения, в том числе в порядке взаимодействия с иными медицинскими организациями, привлекаемыми Оператором для оказания мне медицинской помощи. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, внесение их в электронную базу данных информационной системы
(при наличии указать)
формы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, обмен (прием и передачу)
персональными данными между информационной системой и Единым порталом государственных
и муниципальных услуг (функций), региональным управлением ЗАГС, территориальным фондом
ОМС и страховой медицинской организацией, региональным ведомством социальной защиты,
федеральным бюро медико-социальной экспертизы, федеральной интегрированной электронной
медицинской картой, Фондом социального страхования, его региональными филиалами,
обособленными структурными подразделениями с обеспечением их защиты от
несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.
Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без

Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи, в том числе путем направления мне SMS-

использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

сообщений или	письма на	электронную	почту, о	мероприятиях,	связанных	с оказанием	мне
медицинской пом	иощи (запис	ь на прием (об	следовані	ие), отмена прие	ма (обследо	вания), готові	ность
результатов иссле	едования).						

Я разрешаю / не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах моего обращение за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в т. ч. через регистратуру, а также в случаях неблагоприятного прогноза развития моего заболевания следующим лицам<sup>1</sup>:

(фамил	ия, имя и отчество	(при наличии) полность	ю, контактный	телефон)		
(фамил Настоящее согласие де Оператора соответству уведомлением о вручени Срок хранения персона документов (медицинской	йствует бессрочиствующего письми и либо путем врамьных данных	енного документа ручения лично под р соответствует сро	отозвано пу по почте расписку пред ку хранения	тем направл заказным цставителю С первичных	письмом Эператора медицино	и с ских
Подпись субъекта персональных данных	(подпись)				20	г.

 $<sup>^{1}</sup>$  Заполняется по желанию законного представителя субъекта персональных данных

Информированное согласие законного представителя несовершеннолетнего / недееспособного пациента на обработку и передачу персональных данных

#### ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО / НЕДЕЕСПОСОБНОГО ПАЦИЕНТА

на обработку и передачу персональных данных, а также на обработку и передачу специальных категорий персональных данных

Я, нижеподписавши		тегории персона.			,
Паспорт, серия выдан	номер	(фамилия, и 	мя и отчество (при нал.	ичии), полн 	остью)
		(кем и когда	 выдан)		·,
являясь законным пр	редставителем (		ун, попечитель, др.)		
			совершеннолетнего / нес во о рождении) сери		
выдан (о)		(нужное подчер			
выдан (0)		(кем и	когда выдан)		
Документ, подт	верждающий	полномочия	представителя,	(при	необходимости)
в соответствии со с данных», статьей 13 граждан в Российс организацией	3 Федерального ской Федераци	закона от 21.11.  и» подтверждак  (наименование .	2011 № 323-ФЗ «О	б основах а обрабо	к охраны здоровья
включающих: фами. (проживания), конт удостоверения личн лицевого счета (СН лекарственных сред учреждениями меди профилактических	лию, имя, отчес актный телефоности), реквизи (ИЛС), данные дствах, случаи ико-социальной целях, в цел приниципальных нечения сохран я предоставля	тво (при наличин, адрес электронн, адрес электронны полиса ОМО о состоянии замеритизы (при обращения и оказания медоставления к услуг, осущест ности врачебно право медици	и), пол, дату рожденонной почты, рекви (ДМС), страхово провья, заболевания и наличии), и другумедицинских услумедико-профилактыения иных, связай тайны. В процемиским работникам	пия, адрестия, адрестия пасти пастинска, выпистиью, спруко инфортических с этом стических с этом стическам с нных с этом стическам с нередав	порта (документа индивидуального анных рецептах и авки, выдаваемой омацию в медикомая установление, социальных, тим мероприятий, ания Оператором ать персональные
в том числе специал в интересах обследо организациями, помощи	ьные категории вания, лечения, привлекаемым	персональных д в том числе в по Операто	ррядке взаимодейст ром для с	кностным вия с ины эказания	лицам Оператора ми медицинскими медицинской
Предоставляю Опер включая сбор, систе блокирование, уни системы_	атору право осу ематизацию, хра	иществлять все до внение, обновленсение их в э.	ие, изменение, испо	с персона ользовани данных	льными данными, не, обезличивание, информационной

формы, предусмотренные законодательством Российской Федерации, обмен (прием и передачу)
персональными данными между информационной системой и Единым порталом государственных
и муниципальных услуг (функций), региональным управлением ЗАГС, территориальным фондом
ОМС и страховой медицинской организацией, региональным ведомством социальной защиты,
федеральным бюро медико-социальной экспертизы, федеральной интегрированной электронной
медицинской картой, Фондом социального страхования, его региональными филиалами,
обособленными структурными подразделениями с обеспечением их защиты от
несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом.
Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на
бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без
использования средств автоматизации, а также смешанным способом.
Я также даю Оператору свое согласие на использование персональных
данных
(фамилия, инициалы несовершеннолетнего / недееспособного пациента)
в целях информирования меня с помощью средств связи, в том числе путем направления мне
SMS-сообщений или письма на электронную почту, о мероприятиях, связанных с оказанием мне
медицинской помощи (запись на прием (обследование), отмена приема (обследования), готовность
результатов исследования)
фамилия, инициалы несовершеннолетнего / недееспособного пациента)
Я разрешаю / не разрешаю (ненужное зачеркнуть) предоставлять сведения о фактах обращения
(фамилия, инициалы несовершеннолетнего / недееспособного пациента)
за медицинской помощью и состоянии здоровья, диагнозе, в том числе через регистратуру, а также
в случаях неблагоприятного прогноза развития заболевания следующим лицам <sup>1</sup> :
(фамилия, имя и (при наличии) отчество полностью, контактный телефон)
(pariation, and a (ipariation ferror recipe)
(фамилия, имя и (при наличии) отчество полностью, контактный телефон)
Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано путем направления в адрес
Оператора соответствующего письменного документа по почте заказным письмом с
уведомлением о вручении либо путем вручения лично под расписку представителю Оператора.
Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских
документов (медицинской карты стоматологического пациента) и составляет двадцать пять лет.
Подпись субъекта
персональных данных/ «»20 г.
(подпись) (расшифровка) (дата)

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Заполняется по желанию законного представителя субъекта персональных данных

Приложение №3
Информированное добровольное согласие
на виды медицинских вмешательств
при выборе врача и медицинской организации

Приложение №2 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. N1177н

Форма

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я,	,	<b>*</b> **		г. рождения,
(Ф.И.О. гражданина)				
зарегистрированный по адресу				
	места жительства гражд			
даю информированное добровольное согла			ешательств,	включенные в
Перечень определенных видов медици информированное добровольное согласие получения первичной медико-санитарно здравоохранения и социального развития (зарегистрирован Министерством юстиции Перечень), для получения первичной мед	при выборе врачай помощи, утвер Российской Федера Российской Федера	а и медиі жденный ции от 23 ции 5 мая	приказом 3 апреля 20 2012 г. №	оганизации для Министерства 012 г. № 390н 24082) (далее -
санитарной помощи лицом, законным пред				
(наименовани	не медицинской организ	 ации)		
Медицинским работником(должность, Ф.И.		в дост	упной для м	иеня форме мне
разъяснены цели, методы оказания медиц				
варианты медицинских вмешательств, их по а также предполагаемые результаты оказан право отказаться от одного или несколы	ния медицинской по	мощи. Мн	е разъясне	но, что я имею
Перечень, или потребовать его(их) прекраще статьи 20 Федерального закона от 21 ноября Российской Федерации" (Собрание законод	ения, за исключением 2011 г. № 323-ФЗ "С (ательства Российско	м случаев, і б основах о ой Федераі	предусмотр охраны здој ции, 2011, .	енных частью 9 ровья граждан в № 48, ст. 6724;
2012, № 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбр				
части 5 статьи 19 Федерального закона от 2 граждан в Российской Федерации" может бы состоянии лица, законным представителем к	ть передана информ	ация о сос	тоянии мое	
(Ф.И.О.	гражданина, контактный	і телефон)		
(подпись) (Ф.И.	О. гражданина или заког	ного предст	авителя граж,	данина)
(подпись)	(Ф.И.О. медицинского	работника)		
«» 20 г.	(дата офор			

#### **Информация**

о перечне определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

- 1. \*Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- 2. \*Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.

- 3. \*Антропометрические исследования.
- 4. \*Термометрия.
- 5. \*Тонометрия.
- 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
- 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
- 8. \*Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
- 9. \*Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
- 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиогафия, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
- 11. \*Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
- 12. \*Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
- 13. Медицинский массаж.
- 14. \*Лечебная физкультура.
- \* Медицинские вмешательства, включенные в Перечень, применяемые на стоматологическом приеме

Приложение № 3 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1177н

Форма

Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я,			, « »	г. рождения,
,	(Ф.И.О. гражданина)	)		1 ,,
зарегистрированный по	адресу			
		ес места жительства гр		
при оказании мне перви	чной медико-сани	тарной помощи в		
	(полное наим	енование медицинской с	теризании)	
видов медицинских вм согласие при выборе вр помощи, утвержденный	цих видов медици иешательств, на ача и медицинской приказом Минист еля 2012 г. № 390	нских вмешательст которые граждане й организации для г герства здравоохран н (зарегистрирован	в, включенных в дают информи получения первичения и социально Министерствон	Перечень определенных рованное добровольное чной медико-санитарной ого развития Российской юстиции Российской
	(наименовани	е вида медицинского вм	ешательства)	
	OM			·
		(должность, Ф.И.С	О. медицинского рабо	
в доступной для меня ф	орме мне разъясне	сны возможные пос	педствия отказа с	от вышеуказанных видов
медицинских вмешател	ьств, в том числе	вероятность развит	ия осложнений з	ваболевания (состояния).
Мне разъяснено, что п	ри возникновении	и необходимости в	осуществлении	одного или нескольких
видов медицинских вме	шательств, в отно	ошении которых оф	рормлен настояц	ций отказ, я имею право
оформить информиров	анное доброволы	ное согласие на т	гакой вид (таки	е виды) медицинского
вмешательства.	•		· ·	•
(подпись)	Φ)	.И.О. гражданина или з	ваконного представи	теля гражданина)
(подпись)		(Ф.И.О. медицинск	 кого работника)	
«»	20 г.	(дата о	формления)	

Бланк медицинской организации	
Бланк медицинской организации	

Приложение к медицинской карте № \_\_\_\_\_

#### Анкета здоровья пациента

#### Уважаемый пациент!

Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с вопросами к анамнезу и ответьте на них полностью, давая только утвердительные или отрицательные ответы. Данная информация необходима для того, чтобы стоматологическое лечение соответствовало состоянию Вашего здоровья либо здоровья лица, законным представителем которого Вы являетесь.

#### ВОПРОСЫ К АНАМНЕЗУ ПАЦИЕНТА:

	а проводилось последнее стоматологическое лечение и что было выполнено? ример: удаление зубов, имплантация и др.)		
_	и ли какие-нибудь осложнения при проведении стоматологической анестезии?	нет	да
Если	да, то какие?		
• Были	и ли аллергические реакции?	нет	да
Если	да, то какие и на что?		
	тся ли прием в данное время лекарственных препаратов?	нет	да
	да, то каких и какова дозировка в день?		
• Для :	женщин детородного возраста: Беременны ли Вы?	нет	да
	Есть у Вас дети на грудном вскармливании?	нет	да
• OTM6	ечаются ли значительные изменения артериального давления:		
_	повышение артериального давления	нет	да
_	понижение артериального давления	нет	да
_	каковы цифры обычного артериального давления		
• OTM	ечались ли ранее или имеются в настоящее время заболевания:		
_	Заболевания сердечно-сосудистой системы	нет	да
_	Расстройства дыхательной системы	нет	да
_	Патология мочеполовой системы	нет	да
_	Патология желудочно-кишечного тракта	нет	да
_	Гормональные расстройства	нет	да
_	Заболевания глаз	нет	да
_	Заболевание позвоночника или суставов	нет	да
_	Заболевание крови или нарушение свёртывания крови	нет	да
_	Онкологические заболевания	нет	да
	Если да, укажите, какие		
_	Заболевание центральной нервной системы	нет	да
_	Новая коронавирусная инфекция COVID-19	нет	да
_	Вакцинация от COVID-19, если да, указать дату и вакцину	нет	да
-	Прочие заболевания: (например: туберкулёз, ВИЧ-инфекция, сифилис, гепатит, кожные заболевания, отравления, и другие	нет	да
_	Ношение кардиостимулятора	нет	да

<ul> <li>Были ли травмы челюстно-лицевой области?</li> </ul>	нет	да
<ul> <li>Есть ли изъязвления или незаживающие раны в полости рта?</li> </ul>	нет	да
• Курение	нет	да
Количество выкуриваемых сигарет в деньшт. Стаж курения лет		
• Употребление алкоголя	нет	да
Если да, укажите: 1)чаще, чем раз в неделю 2)раз в 2 недели 3)раз в м	есяц_	
• Употребление наркотиков	нет	да
• Косметологические процедуры (инъекции ботулинического нейропротеина, гиалуроновой кислоты, нитевой лифтинг и другие	нет	да
• Связана ли работа с воздействием вредных для человеческого организма факторов: радиация, высокое атмосферное давление и другие поражающие физические и(или) химические факторы?	нет	да
• Связана ли работа с деятельностью на химическом производстве, с нефтепродуктами, в агропроме?	нет	да
• Нахождение в настоящий момент на стационарном лечении	нет	да
Подпись Дата		

Об изменениях вышеуказанной информации сразу же сообщайте лечащему врачу!

Бланк медицинской организации
Приложение к медицинской карте №
Эпидемиологическая анкета пациента
Фамилия:
Имя:
Отчество (при наличии):
В связи с развитием неблагоприятной санитарно-эпидемиологической обстановки и в целях реализации постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.03.2020 № 7 просим Вас ответить на вопросы о пациенте.
Была ли повышенная температура за последние 14 дней? ДА HET
Наблюдались ли симптомы респираторного заболевания, такие как кашель, или затрудненное дыхание в течение последних 14 дней?  ДА HET
Были ли выезды за пределы Российской Федерации в течение последних 14 дней? ДА HET
Был ли контакт с человеком, которому был поставлен диагноз новой коронавирусной инфекции COV1D-19?
ДА НЕТ
Был ли контакт с человеком, который приехал из-за границы в течение последних 14 дней? ДА HET
Нахождение в режиме изоляции (карантине)? ДА НЕТ Я,
Я,
Дата: « » 20 г. Подпись лица, заполнившего анкету

### Приложение №7 Информационное согласие об объеме и условиях оказываемых платных стоматологических услуг

	Приложение к логовору на оказа	ание платных медицинских
		№
ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛ	ІАСИЕ	
об объеме и условиях оказываемых платных ст		услуг
г. Москва	«»	20 г.
На основании статьи 84 Федерального закона от 21 ноября 2 здоровья граждан в Российской Федерации» я, желаю получить платные медицинские услуги в		,
(полное наименование медицинской орг		•
Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагае лечении моего заболевания. Мне разъяснено, что я могу получить бесплатно, в рамках страхования и Территориальной программы государствен Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, лечен Решение об отказе от получения лечения заболевания в страхования и Территориальной программы государствен Российской Федерации бесплатной медицинской помощи мной Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и соглас стоматологической услуги в соответствии с ним за счет свои дохода, не запрещенных действующим законодательством. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, мною поняты.	емых диагностиченных гарантий оние, соответствую рамках обязателных гарантий принято добровосен(а) оплатить их личных средст	льного медицинского оказания гражданам ощее заболеванию. пьного медицинского оказания гражданам ольно. стоимость указанной в и иных источников
Информацию до пациента довел:		подпись с расшифровкой
Пациент/Законный представитель:		подпись

#### Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Москва	«»	20г
		,
	инской организации, ОГРН, ИНН, Лицензия, официалы медицинской организации)	ный веб-сайт
именуемое в дальнейшем «Исполните.	ль», в лице	
(фамилия, им:	я отчество, должность руководителя)	
действующего(ей) на основании		
с одной стороны, и Пациент/Предо Пациента	ставитель несовершеннолетнего, действую	щий в пользу
именуемый(ая) в дальнейшем «Пациен	т», Заказчик, действующий в интересах Паг	циента
с лругой стороны, заключили настоящи		,

#### Основные понятия по договору.

«Платные медицинские услуги» — медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее — Договор);

«Пациент» – физическое лицо, являющееся Потребителем и имеющееся намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

«Заказчик» — физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу Пациента (Потребителя);

«Исполнитель» — медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Пациентам (Потребителям).

#### 1. Предмет договора.

- 1.1. В соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, в соответствии с федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», федеральным законом от 07 февраля 1992 года № 2300/1-1 «О защите прав потребителей», во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 года № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (далее Правила), Пациент поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию платных стоматологических медицинских услуг, включающих в себя:
- 1.1.1. Проведение консультаций, обследований.
- 1.1.2. Установление предварительного диагноза, выбор методов лечения, составление Плана лечения.
- 1.1.3. Проведение лечения в соответствии с установленным диагнозом и согласованным с Пациентом планом лечения.
- 1.2. Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Пациента получить стоматологические медицинские услуги при наличии медицинских показаний и технической возможности для оказания медицинских услуг и оплатить их согласно действующему прейскуранту.

#### 2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг.

2.1. Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего договора, являясь гражданином Российской Федерации, информирован (а) и знает, что имеет право на получение аналогичной бесплатной медицинской помощи в соответствии с частью 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации, постановлениями Правительства Российской Федерации об утверждении Программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также в соответствии с Территориальными программами государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на действующий период по месту жительства, но желает получить медицинские услуги за счет личных средств согласно настоящему Договору на оказание платных медицинских услуг у Исполнителя.

- 2.2. В соответствии с п. в) ст. 6 раздела 2 Правил, гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации, Исполнитель имеет право предоставлять платные медицинские услуги.
- 2.3. Подписанием настоящего договора Пациент подтверждает, что до заключения договора Исполнитель уведомил Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного плана лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента, а также подтверждает предоставление своего Информированного добровольного согласия на оказание платной медицинской услуги.
- 2.4. Лечащий врач, в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после предварительного собеседования и осмотра Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Пациента и получает его Информированное добровольное согласие, составляет и согласовывает со Сторонами договора предварительный План лечения, после чего проводит комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с предварительным Планом лечения.
- 2.5. После проведенного обследования и диагностики, лечащим врачом составляется План лечения с указанием перечня оказываемых медицинских услуг, сроком их исполнения и их стоимостью.
- 2.6. Срок оказания медицинских услуг зависит от состояния здоровья Пациента, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания платных медицинских услуг, графика визитов Пациента, расписания работы врача.
- 2.7. План лечения и изменения к нему составляется в письменной форме и доводится до сведения Пациента под подпись. В случае необходимости Стороны договариваются об изменении сроков предоставления платных медицинских услуг, о чем вносятся изменения в План лечения.
- 2.8. Подписывая Договор, Пациент/Заказчик подтверждают, что предварительно ознакомились с перечнем и стоимостью оказываемых медицинских услуг, Положением о гарантиях на оказанные медицинские стоматологические услуги, а также правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с Правилами поведения пациентов в медицинской организации.

#### 3. Права и обязанности сторон.

#### 3.1 Исполнитель обязан:

- 3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги Пациенту в соответствии с медицинскими показаниями.
- 3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг порядкам оказания медицинской помощи пациентам, клиническим рекомендациям и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Фелерапии.
- 3.1.3. Ознакомить Пациента с подробной информацией о предоставляемых платных медицинских услугах, плане лечения и стоимостью услуг, условиях предоставления медицинских услуг и предоставляемых гарантиях. При изменении Плана лечения и стоимости услуг проинформировать Пациента/Заказчика и предоставить дополнительные услуги с его согласия. Несогласие Пациента с оказанием медицинских услуг влияет на результат и гарантии лечения.
- 3.1.4. Соблюдать сроки оказания медицинских услуг.
- 3.1.4. Обеспечить безопасность предоставляемых платных медицинских услуг.
- 3.1.5. Информировать Пациента (его представителя, Заказчика) об изменении прейскуранта цен на медицинские услуги за 30 дней до введения его в действие.
- 3.1.6. Соблюдать врачебную тайну.

#### 3.2 Пациент обязан:

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять устные и указанные в Памятке пациента рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья, в том числе об

аллергических реакциях организма, соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.

- 3.2.2. Подписывать Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг или отказ от их проведения, предварительный План лечения с указанием сроков и стоимости медицинских услуг, акты приемки-сдачи оказанных услуг и иные приложения к настоящему договору.
- 3.2.3. Соблюдать Правила внутреннего распорядка, установленные в медицинской организации, в том числе являться на прием к врачу за 10 минут до назначенного времени.
- 3.2.4. Во время действия настоящего Договора уведомлять лечащего врача о приеме препаратов, назначенных специалистами других медицинских учреждений, о получении стоматологических услуг в других медицинских учреждениях.
- 3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, по мнению Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю.
- 3.2.6. Посещать поликлинику Исполнителя 2 раза в год для планового профилактического осмотра.
- 3.2.7. Неукоснительно соблюдать установленные Исполнителем правила поведения и условия гарантии.

#### 3.3 Исполнитель имеет право:

- 3.3.1. Изменять по медицинским показаниям предварительный План лечения, вид, объем, сроки и стоимость платных медицинских услуг, предварительно уведомив Пациента.
- 3.3.2. Направлять Пациента с его согласия в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения специалистов из иных медицинских учреждений для проведения дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату.
- 3.3.3. Установить гарантийные обязательства и сроки службы на оказанные медицинские стоматологические услуги.
- 3.3.4. Отказаться от исполнения настоящего Договора и потребовать полного возмещения убытков в случае неисполнения Пациентом раздела 3.2. настоящего Договора.
- 3.3.5. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Пациента (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации, или увеличить сроки оказания платных медицинских стоматологических услуг.
- 3.3.6. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) и изменить сроки оказания услуг в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья.

#### 3.4 Пациент имеет право:

- 3.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.
- 3.4.2. Знакомиться с оригиналом медицинской документации, получать копии медицинской документации, результатов обследований в соответствии с требованиями действующего законодательства.
- 3.4.3. Расторгнуть Договор и отказаться от услуг Исполнителя посредством предоставления письменного отказа от лечения при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и всех понесенных Исполнителем затрат по договору.

#### 3.5. Заказчик обязан:

- 3.5.1. Подписать настоящий Договор об оказании платных медицинских услуг в пользу Пациента, являющегося потребителем данных медицинских услуг, предварительный План лечения с указанием стоимости медицинских услуг, акты приемки-сдачи оказанных платных медицинских услуг и иные приложения к Договору, связанные с оплатой медицинских услуг.
- 3.5.2. Подписывать согласие на обработку персональных данных, необходимых только для исполнения настоящего Договора.
- 3.5.3. Оплатить все оказанные Пациенту услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

#### 4. Порядок оплаты

4.1. Стоимость договора указывается в Плане лечения, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

- 4.2. Пациент/Заказчик производит оплату медицинских услуг согласно прейскуранту цен, действующему у Исполнителя на момент оплаты. Оплата медицинских услуг осуществляется одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт.
- 4.3. Согласно Плану лечения, медицинские стоматологические услуги по терапии, хирургии и ортопедии оплачиваются в полном размере в день их оказания или в день заключения договора.

При выполнении зубопротезных работ (изготовление изделий из драгоценного металла Исполнителя) оплачиваются Пациентом/Заказчиком в кассу Исполнителя в полном объеме при оформлении заказ-наряда на изготовление изделия из драгоценного металла. Также, вносится в кассу Исполнителя предоплата не менее 80% стоимости драгоценного металла.

При выполнении работ по ортодонтии, Пациентом/Заказчиком производится предоплата работ в размере 50% их стоимости в день обращения.

В случае расторжения договора, Исполнителем делается перерасчет за фактически оказанные услуги и осуществляется возврат остатка предоплаты Пациенту/Заказчику, что и указывается в акте приемки-сдачи услуг.

4.4. При досрочном расторжении договора Исполнитель возвращает предоплату Пациенту/Заказчику в течение 10 рабочих дней с момента расторжения Договора с учетом оплаты фактически оказанных услуг и всех понесенных Исполнителем затрат.

#### 5. Ответственность сторон

- 5.1. За нарушение прав потребителя медицинской услуги, за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и настоящим договором.
- 5.2. Исполнитель не несет ответственность в соответствии с действующим законодательством в случае неблагоприятного исхода лечения в связи:
- с нарушением Пациентом врачебных рекомендаций и режима лечения;
- с возникновением возможных осложнений, которые были указаны и согласованы сторонами при получении Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг и иных приложений к настоящему Договору;
- предъявлением претензий по качеству оказания медицинских услуг после вмешательства третьих лиц в гарантийную стоматологическую конструкцию или после получения в другой клинике стоматологических услуг, способных прямо или косвенно повлиять на гарантийную стоматологическую конструкцию, а также после истечения сроков гарантии и сроков службы овеществленных результатов медицинских услуг.
- 5.3. Нарушение Пациентом правил поведения в клинике Исполнителя, неявка на прием без уважительной причины, невыполнение рекомендаций и назначений врача, появление в клинике Исполнителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, а также нарушения Пациентом обязательств, предусмотренных разделом 3.2. настоящего Договора, являются основанием для расторжения договора по инициативе Исполнителя и прекращения гарантийных обязательств по всем ранее оказанным Исполнителем платным медицинским услугам, если данные действия Пациента стали причиной наступления факторов, препятствующих оказанию безопасной и качественной медицинской помощи и снизили качество ранее оказанных услуг.
- 5.4. В случае неоплаты Заказчиком оказанных Пациенту платных медицинских услуг, обязанность их оплаты в соответствии с условиями настоящего Договора переходит к Пациенту.
- 5.5. В случае неоплаты Пациентом/Заказчиком уже оказанных медицинских стоматологических услуг, Исполнитель оставляет за собой право обратиться в судебные органы с требованиями о возмещении расходов.
- 5.6. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

#### 6. Порядок разрешения споров.

6.1. Понимая субъективность оценки результатов стоматологических медицинских услуг, в том числе в случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг, стороны договорились проводить оценку результатов оказанных медицинских услуг путем проведения заседаний Врачебной комиссии Исполнителя с участием Пациента/Заказчика. В случае

необходимости к проведению оценки качества оказанных медицинских услуг могут быть привлечены сторонние специалисты и эксперты.

- 6.2. Претензионный порядок рассмотрения споров обязателен. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде.
- В случае недостижения согласия Сторон в досудебном порядке, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

### 7. Гарантийные сроки и сроки службы, установленные Исполнителем на овеществленные результаты услуг:

- 7.1. Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие овеществленный результат: пломбы, вкладки, реставрации, несъемные и съемные зубные протезы, имплантаты и т.п.
- На профессиональную гигиену, отбеливание, хирургические манипуляции и прочие не овеществленные результаты услуг гарантии выражаются в качественном оказании услуг.
- 7.2. Исполнителем устанавливаются следующие гарантийные сроки службы на виды работ:

Номер п/п	Наименование услуг	Срок гарантии	Срок службы
	*Ортопедическая стоматология		
1	Временные ортопедические конструкции		
1.1.	Временная коронка, изготовленная в полости рта прямым методом	1 неделя	2 недели
1.2.	Временная коронка, изготовленная лабораторным методом	2 недели	1 месяц
1.3.	Временный съемный протез	1 месяц	2 месяца
2.	Несъемные ортопедические конструкции	1 год	2 года
3.	Съемные ортопедические конструкции	6 месяцев	1 год
	**Терапевтическая стоматология		
1.	Восстановление твердых тканей зуба временной пломбой	3 дня	7 дней
2.	Восстановление твердых тканей зуба постоянной пломбой		
2.1.	Пломба из химического композита I,II,III,IV и V классы по Блэку	6 месяцев	9 месяцев
2.2.	Пломбы из глассиономерного цемента I,II,III,IV и V классы по Блэку	6 месяцев	9 месяцев
2.3.	Пломба из композита светового отверждения I, III,IV и V классы по Блэку	1 год	2 года
2.4.	Пломба из композита светового отверждения II класс по Блэку	9 месяцев	1,5 года

#### \*Примечание: При выполнении ортопедических стоматологических услуг:

- В случае неудовлетворительной гигиены полости рта сроки гарантии и службы на все виды протезирования снижаются на 50%;
- При нарушении графика профилактических осмотров, назначаемых врачом, гарантии аннулируются.

#### \*\*Примечание: При выполнении терапевтических стоматологических услуг:

- При КПУ зубов =13-18 сроки гарантии и службы на все виды пломб снижаются на 30%;
- При КПУ зубов>18 сроки гарантии и службы на все виды пломб снижаются на 50%;
- При неудовлетворительной гигиене полости рта, сроки гарантии и службы на все виды пломб снижаются на 70%.
- 7.3. Гарантийные обязательства на все овеществленные результаты услуг полностью утрачиваются при нарушении Пациентом правил поведения в клинике, условий настоящего Договора и врачебных рекомендаций.

Полная информация о сроках и условиях гарантии, сроках службы овеществленных результатов услуг Исполнителя содержится в «Положении о гарантиях» на сайте www.guz-mosp.ru и на информационном стенде Исполнителя.

#### 8. Прочие условия

- 8.1. Перечень, сроки, объем и стоимость медицинских услуг согласовываются сторонами письменно в приложениях к настоящему Договору.
- 8.2. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются как неотъемлемые составные части настоящего Договора.
- 8.3. Подписывая данный Договор, Пациент/Заказчик подтверждают, что делают это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлены и согласны с Правилами поведения пациентов в медицинской организации с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем, сроками их оказания и стоимостью.

#### 9. Срок действия, изменение и расторжение Договора

9.1. Настоящий Договор вступает с силу с момента его подписания и заканчивается выполнением Сторонами обязательств по договору или после расторжения в соответствии с действующим законодательством или условиями Договора.

Срок действия Договора не может превышать сроков службы овеществленных результатов услуг.

- 9.2. Изменения условий настоящего Договора возможны только путем составления письменного дополнительного соглашения и его подписания всеми сторонами Договора.
- 9.3. Расторжение договора возможно по факту выполнения Сторонами всех обязательств по Договору, по инициативе Потребителя, по обоюдному согласию Сторон путем направления письменного предложения о расторжении Договора, в соответствии с пунктом 3.3.4, 3.4.3., 5.3 настоящего Договора, либо в спорных случаях – через суд согласно действующему законодательству Российской Федерации.
- 9.4. Настоящий договор составлен в 3 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: 1 экз. – Пациенту, 2 экз. – Заказчику, 3экз. – Исполнителю. При осуществлении оплаты по договору Пациентом самостоятельно, договор составляется в 2-х экземплярах: 1 экз. – Пациенту, 2 экз. – Исполнителю.

#### 10. Приложения к договору:

Приложение № 1 – Предварительный план лечения.

Приложение № 2 – Информированное согласие на оказание платных медицинских услуг.

Приложение № 3 – Акт выполненных работ

	 реквизиты медицинской орг	oampanni
МΠ	реквизиты меоицинской орг	мизиции
		/
должность руководителя	подпись	фамилия, инициалы
Заказчик:		
	или реквизиты (для юридиче	иции), телефон (для физического лица) ского лица)
Подпись		писи: фамилия, имя, отчество
	расшифровка под	писи: фамилия, имя, отчество

расшифровка подписи: фамилия, имя, отчество

### Приложение №9 Предварительный план лечения (пример оформления)

	к до	говору на оказание платні	Приложение ых медицинских услуг от №
ПРЕДВАРИ	ИТЕЛЬНЫЙ ПЛАН	лечения	
(фамі	илия, имя, отчество Паци	ента)	
Наименование медицинской услуги	Срок исполнения	Стоимость услуги по Прейскуранту цен	Примечания
Подпись лечащего врача (п	одпись)	(фамилия, имя, отчество	)
С предварительным Планом лечения, ознакомлен(на) и согласен на их выпол	нение	нских услуг и срокам 	
С предварительным Планом лечения П стоимостью медицинских услуг и срвыполнение	$(\dot{q})$	вамилия, имя, отчество П ния ознакомлен(на)	

(подпись Заказчика с расшифровкой)

Бланк медицинской организации
-------------------------------

### КОМПЛЕКСНЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ (пример оформления)

	(Ф.И.О. пациента)
Дата:	№ карты:

Уважаемый пациент, обращаем Ваше внимание на то, что на любом этапе лечения план может быть скорректирован для достижения наилучшего результата.

Ортопантомограмма пациента / иной вид рентгенологического исследования

Портретные и внутриротовые фотографии пациента

Иные материалы обследования для демонстрации пациенту каких-либо особенностей его клинического случая

#### Диагноз по МКБ-10:

K08.1 Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни

К03.6 Отложения (наросты) на зубах

#### 1. Основной план лечения:

№ п/п	Описание этапа лечения	Количество	Сроки	Источник финансиро- вания, Стоимость	
ЭТА	П 1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ				
1.1.	А06.07.004 Ортопантомография с функцией 3D	1	1 посещение	### P	
			итого:	### P	
ЭТА	ЭТАП 2. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА				
2.1	А16.07.051 Профессиональная гигиена полости рта и зубов (первичная)	1	1 посещение	### P	
			итого:	##### P	
ЭТА	п 3. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ				
3.1	А16.07.006 Протезирование зуба с использованием имплантата (изготовление хирургического шаблона	1	В течение недели	### P	

			ИТОГО:	#### <b>P</b>
4.3	А16.07.006 Протезирование зуба с использованием имплантата (коронкой металлокерамической) 1.5, 2.4	2	подель	### P
4.2	А16.07.006 Протезирование зуба с использованием имплантата (применение аббатмента индивидуального моделируемого, 1 ед.) 1.5, 2.4	2	В течение 2	### P
4.1	A02.07.010 Снятие оттиска с одной челюсти (силиконовым материалом)	4	Через 2 недели после установки формирователе й десны	### P
ЭТАІ	П 4. ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ		итого:	#### P
3.3	А16.07.054 Внутрикостная дентальная имплантация, этап установки формирователя десны (1 единица) имплантаты в области отсутствующих зубов 1.5, 2.4	2	По завершении процесса остеоинтеграции (5-6 месяцев)	
3.2	на одну челюсть при частичной адентии) А16.07.054 Внутрикостная дентальная имплантация (1 единица) 1.5, 2.4	2	По готовности шаблона	### P

#### 2. Альтернативный план лечения:

№ п/п	Описание этапа лечения	Количество	Сроки	Источник финансиро- вания, Стоимость	
ЭТАП 1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ					
1.1.	A06.07.004 Ортопантомография с функцией 3D	1	1 посещение	### <b>P</b>	
			итого:	### P	
ЭТАІ	П 2. ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРО	ФЕССИОНА.	ЛЬНАЯ ГИГИЕ	СНА	
2.1	А16.07.051 Профессиональная гигиена полости рта и зубов (первичная)	1	1 посещение	### P	
			итого:	##### P	
ЭТАІ	п 3. ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ				
3.1	A02.07.010 Снятие оттиска с одной челюсти (силиконовым материалом)	4	1 посещение по завершении 2 этапа	### P	
3.2	А16.07.004 Восстановление зуба коронкой (металлокерамической без плечевой массы, 1 ед.) 1.4, 1.6, 2.3, 2.5	4	В течение 2	### P	
3.3	А16.07.005 Восстановление целостности зубного ряда несъемными мостовидными протезами (использование промежуточной части металлокерамической, 1 ед.) 1.5, 2.4	2	недель	### P	
_			ИТОГО:	#### P	
		СТОИМОСТ	гь лечения:	##### P	

»	20 Γ	Подпись пациента
	ФИО, должность лечащего врача	подпись
	ФИО, должность лечащего врача	подпись
	ФИО, должность лечащего врача	подпись

Обращаем Ваше внимание, что стоимость этапов лечения указана на основании действующего прейскуранта на момент составления плана лечения.

приложение к медицинской карте 312	Приложение	к медицинской	карте №	
------------------------------------	------------	---------------	---------	--

#### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение профессиональной гигиены полости рта

« <u> </u>	О г.
[,	
(ФИО пациента, либо его законного представителя)	
соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах доровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное информированное согла редложенное мне, либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медициненный проведение профессиональной гигиены полости рта —	асие на
(указать вид)	
о поводу диагноза:	

(наименование и код по МКБ-10)

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я информирован(а), что проведение профессиональной гигиены полости рта является обязательным условием поддержания здоровья полости рта, частью курса стоматологического лечения.

Я информирован(а), что клинические рекомендации (протоколы лечения) при заболеваниях полости рта, утвержденные Решением Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России», регламентируют проведение профессиональной качестве обязательного любого гигиены условия планового стоматологического вмешательства, а также в качестве неотъемлемой части курса лечения заболеваний пародонта и профилактической процедуры, предотвращающей развитие кариеса.

Я информирован(а), что после удаления зубных отложений возможно временное появление чувствительности зубов, дискомфорта во время приема пищи. Я также информирован(а) о том, что в результате очистки зубов от камня могут проявиться скрытые ранее под ним дефекты эмали – пористость, шероховатость, пятна, кариес; что станут более видимыми (ранее скрытые камнем) промежутки между зубами, особенно в пришеечной области вследствие нормальной трапециевидной формы зубов. Я информирован(а) о невозможности причинения вреда эмали зубов (возникновении кариеса и дефектов эмали) при чистке ультразвуком.

Я информирован(а) о том, что эффект медицинского вмешательства во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об

экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(a) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Подпись лица, давшего согласие	 /	١.
Подпись врача:	 /	/.

TT		3.0	
Припожение	к медицинской	rante No	
приложение	к медиципской	Kapic 312	

# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на применение местной инъекционной анестезии

	«»	20 r.
Я,		
(ФИО пациента	, либо его законного представиг	пеля)
в соответствии со ст. 20 Федерального зако вдоровья граждан в Российской Федерации предложенное мне, либо лицу, законным вмешательство: применение местной инъек	и» даю добровольное инф представителем которог	рормированное согласие на о я являюсь, медицинское

(указать вид анестезии: инфильтрационная, проводниковая и пр. и название анестетика)

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания.

Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма.

Последствиями отказа от данной операции могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Местная инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости в этой области.

Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритом, нейропатией и постинъекционной гематомой.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений.

Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или польше.

Я информирован(а), что в ряде конкретных случаев виды медицинских вмешательств без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения.

Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я информирован(а) о том, что эффект медицинского вмешательства во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Подпись лица, давшего согласие	 /	/.
Подпись врача:	 /	_/.

TT		3.0
Припожение	к медицинской	LEANTE NO
HUMIOMCHINC	к медиципской	Kapic 312

#### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение стоматологического терапевтического вмешательства (лечение кариеса и некариозных заболеваний твердых тканей зуба)

		«»		20 г.
Я,				
,	(ФИО паци	ента, либо его законного п	представителя)	
	•	закона от 21.11.2011		
		ации» даю доброволі	1 1 1	
предложенное мне,	либо лицу, законн	ным представителем	которого я являн	ось, медицинское
вмешательство:	стоматологическое	терапевтическое	вмешательство	по поводу
диагноза:				
	(наимено	вание и код по МКБ-10, но	мер(а) зуба(ов))	

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Последствиями отказа могут быть: прогрессирование кариозного процесса, поражение пульпы и периодонта зуба, образование кисты, появление либо нарастание болевых ощущений; ухудшение эстетики; перелом коронки зуба при отказе от рекомендованного метода его восстановления, потеря зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, нарушение функции речи, жевания, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, болевой синдром челюстнолицевой области.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными методами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

В случае проведения обезболивания выбор анестезиологического пособия я поручаю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии.

Я информирован(а) о принципах лечения зубов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: устранение факторов, обусловливающих процесс разрушения тканей зуба; предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса; сохранение и восстановление анатомической формы и функции зуба; предупреждение развития патологических процессов и осложнений. Высокий процент успешности проведения терапевтического лечения (более 80%) не исключает определенный процент (5-10%) неудач, что может потребовать повторной установки пломбы, эндодонтического лечения корневых каналов в будущем.

Я информирован(а), что выбор метода восстановления зуба зависит от ряда факторов, в том числе от индекса разрушения окклюзионной поверхности зуба (ИРОПЗ), который определяется после препарирования кариозной полости зуба. При показателях ИРОПЗ 0,2-0,4 применяется метод пломбирования. Для группы жевательных зубов при ИРОПЗ > 0,4 показано изготовление вкладок из металлов, из керамики или из композитных материалов. При ИРОПЗ > 0,6 показано изготовление искусственных коронок, при ИРОПЗ > 0,8 показано применение штифтовых конструкций с последующим изготовлением коронок.

Я информирован(а), что в случае разрушения более 50% твердых тканей зуба композитная реставрация при световом отверждении дает усадку слишком большой силы, что может привести

к перелому оставшихся тонких стенок зуба или к отрыву реставрации от стенок зуба (микротрещины), которая впоследствии приводит к нарушению герметизации пломбы и рецидиву кариеса в недалеком будущем.

Композитная реставрация также неэффективна в случае разрушения зуба на уровне под десной в связи с постоянным подтеканием десневой жидкости, нарушающей технологию постановки пломбы.

В этих случаях методом выбора является изготовления непрямой реставрации из композита или керамики в лаборатории, которая затвердевает в идеальных условиях с соблюдением технологии и дает усадку до постановки в рот, а не во рту пациента, и, следовательно, не давит на стенки оставшегося зуба, сберегая их, и идеально прилегает к зубу, в том числе в поддесневой области.

Я информирован(а), что для терапевтического лечения проводится процедура сошлифовывания слоя твердых тканей зуба, которая является необратимой. Я информирован(а), что истинный размер кариозной полости определяется разрушением дентина и всегда превышает видимый глазом размер кариозной полости в области эмали, вследствие различной твердости тканей зуба. Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания и понимаю, что в процессе препарирования зуба (удаления пораженных тканей с помощью бора), может измениться диагноз и тактика лечения, может потребоваться эндодонтическое лечение каналов зуба.

Я информирован(а), что для лечения зубов с глубокими и обширными полостями даже после постановки постоянной пломбы для получения наилучшего результата может потребоваться эндодонтическое лечение зуба и перелечивание ранее пломбированных корневых каналов в нем.

Также я информирован(а), что наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза является сохранение жизнеспособности пульпы. В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба с ранее имевшейся в нем кариозной полостью или при глубоком клиновидном дефекте, стираемости существует риск воспаления пульпы зуба и (или) развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба как в процессе, так и после постановки постоянной пломбы.

Я информирован(а) о необходимости строго следовать этапам лечения, важности соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также необходимость полного восстановления целостности зубных рядов с помощью ортопедических конструкций.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я согласен(на) с тем, что итоговый результат лечения может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные пломбы эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций. Я осознаю риск, связанный с применением анестезии и медицинских препаратов. Я понимаю, что в моих интересах начать предложенное мне лечение.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость

выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Подпись лица, давшего согласие	 /	/
Подпись врача:	 /	/

Ι	Гриложение	К	медицинской	карте Л	<u>o</u>

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение эндодонтического лечения

«	_ г.
Я.	
(ФИО пациента, либо его законного представителя)	
в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраздоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное информированное согласиспредложенное мне либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медициновмешательство: эндодонтическое лечение зуба(ов)	е на
(номера зуба(ов) согласно международной системе ISO 3	<del>3950</del> )
по поводу диагноза:	
(наименование и код по МКБ-10)	

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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

Я информирован(а) об альтернативных методах лечения: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

Я информирован(а) о том, что эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, при этом она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Имеется определенный процент (5-10%) неудач эндодонтического лечения, что может потребовать перелечивания корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии или даже удаления зуба.

При перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается, что связано:

- с невозможностью удалить старую корневую пломбу либо металлический штифт из корневого канала;
- с сильной кальцификацией корневых каналов, что повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов).

Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии.

Я информирован(а) о том, что при необходимости лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой либо являющегося опорой несъемного или съемного протеза, может произойти повреждение ортопедической конструкции в процессе создания доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом. Либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции, при этом также возможно ее необратимое повреждение. Также при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к необходимости его удаления.

Я информирован(а) о возможных осложнениях, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно поломка эндодонтических 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. При лечении искривленных

корневых каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня.

Я информирован(а) обо всех возможных временных последствиях эндодонтического лечения:

- ощущение дискомфорта, незначительные болевые ощущения, боли при накусывании, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней;
- отечность десны в области зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких лней.

Даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Я информирован(а) о необходимости восстановления зуба коронкой после проведения эндодонтического лечения. В противном случае последнее может потерпеть неудачу, что может стать причиной потери зуба. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения в процессе лечения и в будущем, и обязуюсь приходить на контрольные осмотры, соблюдать гигиену полости рта.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(a) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(a) ответы. Я получил(a) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(a) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение

системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Подпись лица, давшего согласие	 /	_/.
Подпись врача:	 /	_/.

приложение к медицинской карте ж	Приложение	к медицинской	карте №	
----------------------------------	------------	---------------	---------	--

# **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ** на стоматологическое хирургическое вмешательство

	«»	20г.
Я,		
(9	ФИО пациента, либо его законного представителя)	
здоровья граждан в Российской предложенное мне либо лицу,	ального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ й Федерации» даю добровольное информиј законным представителем которого я я ское хирургическое вмешательство —	рованное согласие на
	(вид хирургического вмешательства)	
по поводу диагноза:		
	(наименование и код по МКБ-10)	

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от  $21.11.2011 \, \text{г}$ . №  $323-\Phi3$  «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Альтернативные варианты обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение хирургического вмешательства сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в том числе в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

Я информирован(а) о том, что послеоперационный восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру течения. Я информирован(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного хирургического вмешательства, которые обусловлены в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями организма, среди которых могут быть: послеоперационный отек мягких тканей лица и шеи; гематома, кровотечение; ограничение открывания рта; онемение губы, подбородка, языка; перфорация дна гайморовой пазухи; аллергические реакции; либо обусловлены наличием уже имеющегося хронического или острого патологического процесса челюстно-лицевой области: прогрессирование заболевания, повышение температуры тела, появление симптомов общей интоксикации организма, увеличение лимфатических узлов; появление (усиление) болевых ощущений; обострение системных заболеваний организма; нарушение состава кишечной микрофлоры, связанное с приемом антибиотиков при их назначении.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или

индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(a) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Подпись лица, давшего согласие	 /	_/.
Подпись врача:	 /	/.

TT		3.0	
Припожение	к медицинской	rante No	
приложение	к медиципской	Kapic 312	

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на дентальную имплантацию (имплантацию зубов)

	<u>«</u> »	20 г.
Я.		
,	(ФИО пациента, либо его законного представит	еля)
в соответствии со ст.	20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 32	, 23-Ф3 «Об основах охраны
здоровья граждан в Р	оссийской Федерации» даю добровольное инф	ормированное согласие на
предложенное мне ли	бо лицу, законным представителем которого	я являюсь, медицинское
вмешательство:		
	(вид имплантации)	
по поводу диагноза:		
	(наименование и код по МКБ-10	0)

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323- $\Phi$ 3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Альтернативы этому виду лечения мне были предложены, но я предпочитаю имплантацию для надёжного замещения отсутствующего зуба (зубов).

Я информирован(а) о том, что протезирование на дентальных имплантатах является методом, предложенным в клинических рекомендациях (протоколах лечения) при диагнозах «частичное отсутствие зубов» (частичная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита), «полное отсутствие зубов» (полная вторичная адентия, потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита), утвержденных Постановлением №15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года.

Со мной согласованы технологии, методы и материалы, которые будут использованы при лечении.

Я информирован(а) о том, что если ничего не предпринимать (не замещать потерянные зубы, в частности с помощью имплантатов), то может произойти потеря кости челюстей, ухудшение условий для фиксации протезов, воспаление дёсен, подвижность зубов, смещение имеющихся зубов, возможно, даже приводящие к удалению зубов. Также возможны нарушения в височно-нижнечелюстном суставе, боли в области шеи, головы, лицевых и жевательных мышц, утомляемость их при жевании.

Я информирован(а) о необходимости предварительной профессиональной гигиены и санации полости рта, рентгенологического и клинического обследования, которые могут потребоваться в процессе лечения.

Я информирован(а) о том, что для оптимального размещения имплантата в челюстной кости в ряде случаев необходимо проводить увеличение объема костной ткани костной пластикой или введением костно-замещающих препаратов. Я информирован(а) о том, что костная ткань в донорской области через несколько месяцев восстанавливается полностью без наступления необратимых последствий для анатомии и функции донорских участков. Меня проинформировали о том, что после операции необходимо ограничить физическую и функциональную нагрузку донорских областей в течение первого месяца после операции. Я не возражаю против проведения забора костной ткани из внутриротовой донорской области.

Меня проинформировали о возможных последствиях, а именно:

- аллергические реакции;

- кровотечение:
- нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что иногда потребует отказаться от продолжения операции и выполнения её через два месяца;
- послеоперационные дискомфорт, отёк мягких тканей, болезненность, но эти симптомы обратимы.

Полное исчезновение всех симптомов происходит через 3 недели или больше.

- послеоперационные осложнения: инфицирование раны и верхнечелюстной пазухи, кровотечение из раны в полости рта или из носа, гематома мягких тканей (синяки), временное или постоянное онемение дёсен, зубов верхней челюсти и нёба в области вмешательства, утрата костного материала, экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления, формирование соустья между пазухой и полостью рта, отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем, усугубление патологии ВНЧС при её наличии:
- нарушение состава кишечной микрофлоры, связанное с приемом антибиотиков при их назначении.

Я информирован(а) о том, что курение, употребление алкоголя могут негативно отразиться на заживлении дёсен и успешности имплантации. Я информирован(а) о необходимости следовать инструкциям лечащего врача по домашнему уходу за послеоперационной областью, имплантатами. Я информирован(а) об обязанности поддерживать хороший уровень гигиены полости рта и отказаться от злоупотребления курением, следовать рекомендациям врача.

Выбор анестезиологического пособия я поручаю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Я информирован(а) о том, что спустя 3-4 месяца на нижней челюсти и 5-6 месяцев на верхней челюсти после операции имплантации (под контролем рентгенологического обследования) производится установка формирователей десны — процедура, относящаяся к хирургическому этапу и являющаяся своего рода переходом к этапу протезирования.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций лечащего врача.

Я информирован(а) о необходимости контрольных осмотров лечащего врача-стоматолога (не реже одного раза в 6 месяцев) и повторной профессиональной гигиены (не реже одного раза в 3 месяца).

Я информирован(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.п.). Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне известно, что возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь. Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход операции.

Со своей стороны я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её

проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

 $\mathfrak{S}$  имел(a) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(a) ответы. Я получил(a) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(a) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Подпись лица, давшего согласие	 /	/.
Подпись врача:	 /	/.

Ш	риложение	К	медицинской	карте Л	2
---	-----------	---	-------------	---------	---

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на ортопедическое лечение (зубное протезирование)

«	г.
Я,	
(ФИО пациента, либо его законного представителя)	_
в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охравдоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное информированное согласие предложенное мне либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинствые образование о	на
(наименование и код по МКБ-10)  В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, мето оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинской вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а так предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею прастказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.201. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».  Настоящим даю согласие на проведение ортопедического лечения с наибозрациональным в моей клинической ситуации методом(ами) протезирования зубов (далее указаномера зуба(ов) согласно международной системе ISO 3950 и подчеркнуть/указать нужное):	ких сже аво за 1 г.
- одиночные коронки на зубы	
(цельнолитые/металлопластмассовые/металлокерамические/иные	
<ul><li>мостовидные протезы с опорой на зубы</li><li>(цельнолитые/металлопластмассовые/металлокерамические/ иные</li></ul>	<u></u>
- (цельнолитыс/металлопластмассовыс/металлокерамические/ иные	_),
- коронки на имплантатах в области отсутствующих зубов	;
- условно-съемные протезы с опорой на имплантаты	
- съемные бюгельные протезы	
- полные съемные пластиночные протезы	
Я информирован(а), что ортопедическое лечение – это сложный и многоэтапный компло	_, екс
мероприятий, направленный на нормализацию функционального и эстетического состояния во	
зубочелюстно-лицевой системы, длительностью от нескольких месяцев до года и более, исходя	
клинической ситуации.	
Я информирован(а), что при ортопедическом лечении требуются консультации	И
соответствующее подготовительное лечение: врача-стоматолога-терапевта, врача-стоматоло	га-

оториноларинголога, врача-невролога, других специалистов. Я информирован(а) о том, что этот вид лечения включает по меньшей мере следующие этапы:

хирурга, врача-ортодонта, гигиениста стоматологического, а в некоторых случаях врача-

- 1) консультационно-диагностический этап (в том числе: рентгенологическое обследование, изготовление диагностических моделей зубных рядов, при наличии показаний функциональную диагностику височно-нижнечелюстного сустава, жевательных мышц), составление плана лечения;
- 2) этап обработки зубов (одонтопрепарирование) под конструкции и одномоментное изготовление временных конструкций;
  - 3) этап фиксации постоянных конструкций, их коррекция по прикусу;

4) диспансеризация (динамическое наблюдение, профессиональная гигиена полости рта) с периодичностью 1 раз в 3-6-12 месяцев, которая определяется индивидуально и зависит от состояния опорных тканей зубов, выбранной ортопедической конструкции и уровня индивидуальной гигиены полости рта.

Я информирован(а), что результатом протезирования является установка искусственных зубов вместо разрушенных или утраченных для обеспечения пережёвывания пищи и эстетики, и что протезы не могут быть идентичны собственным зубам и тканям. Я информирован(а), что для покрытия зубов ортопедическими конструкциями проводится процедура сошлифовывания твердых тканей зуба, которая является необратимой.

Я информирован(а), что врачи-специалисты в своей работе придерживаются технологий, максимально сберегающих ткани зубов. Это улучшает функционирование зубочелюстного аппарата в будущем, однако, поскольку зубы остаются живыми, в дальнейшем не исключено воспаление в них пульпы, как в любом живом зубе, с необходимостью последующего эндодонтического лечения. Если данное осложнение возникает после фиксации постоянной ортопедической конструкции, эндодонтическое лечение невозможно без нарушения целостности ортопедической конструкции.

Выбирая искусственную ортопедическую конструкцию, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и функциональные конструктивные особенности использования и возможные неудобства при пользовании протезом:

- отличие по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций, особенно при различном освещении;
- необходимость изменения индивидуальной гигиены полости рта в связи с ретенцией пищи;
- наличие видимых элементов фиксации протезов и металлических частей коронок;
- отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций;
- изменение чувствительности при смыкании зубов, изменение чувствительности слизистой оболочки полости рта из-за перекрывания частями протеза;
- необходимость применения гелей для лучшей фиксации съемных протезов;
- затрудненное привыкание (адаптация) к качественно изготовленным ортопедическим конструкциям вследствие сопутствующих заболеваний и индивидуальных психомиофункциональных особенностей организма (появление тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания).

Перечисленные особенности качественно изготовленных искусственных ортопедических конструкций не являются основанием для предъявления претензий к качеству оказанной медицинской услуги и не подпадают под гарантийный случай.

Я информирован(а), что состояние зубочелюстной системы зависит от общего состояния организма. Возрастные изменения в зубочелюстной системе невозможно исключить полностью как при проведении протезирования, так и при отказе от него, но в последнем случае степень выраженности изменений будет гораздо выше (атрофия мягких тканей, кости челюсти, стираемость твердых тканей зубов.) поэтому через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания возрастных изменений у конкретного человека, возникает необходимость коррекции либо замены ортопедических конструкций.

Я информирован(а) и понимаю, что в случае пародонтита средней и тяжелой степени ортопедическое лечение может быть проведено только после предварительного пародонтологического лечения, в противном случае нет гарантии эстетики и долговечности конструкций.

Я понимаю, что задача ортопедического лечения — не просто улучшение формы и цвета зубов, а комфорт и оптимальное функционирование мышц зубочелюстной системы и височнонижнечелюстного сустава, а также предотвращение развития патологических состояний в этой системе в будущем.

Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, которые в данном случае будут иметь меньший клинический успех, — ортодонтическое выравнивание имеющихся зубов и отбеливание, терапевтическое восстановление разрушенных зубов либо отсутствие лечения как такового.

Я информирован(a) о том, что последствиями отказа от предложенного оптимального вида протезирования могут быть:

– перелом зуба после проведенного эндодонтического лечения;

- развитие или прогрессирование вторичных деформаций зубных рядов;
- снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи;
- прогрессирование заболеваний пародонта;
- быстрая утрата оставшихся зубов, повышенная стираемость оставшихся зубов вследствие их функциональной перегрузки;
- заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава;
- проявления гальванического синдрома в полости рта;
- общесоматические заболевания (желудочно-кишечного тракта, нейромышечная патология).

Я осознаю, что выбор мною неоптимального плана лечения и протезирования, изменение сроков и последовательности этапов комплексного стоматологического лечения отрицательно повлияют на итоговый результат лечения, протезирования и их отдаленный прогноз.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(a) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(a) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(a) ответы. Я получил(a) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(a) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой соответствующие правовые последствия. При подписании данного

согласия	на	меня	не	оказывалось	никакого	внешнего	давления.	У	меня	была	И	остаётся
возможно	сть л	ибо о	тказ	ваться от лечен	ния, либо д	ать свое со	гласие.					
Подпись л	іица,	давш	его	согласие				/_				/.
Подпись в	naua							/				/
подпись і	<b>յ</b> բա							- ′				

20

Приложение к медицинской ка	рте №
-----------------------------	-------

# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на восстановление поверхности зубов винирами

<u>""</u>	
Я.	
(ФИО пациента, либо его законного представителя)	
в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основ здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное информированное с предложенное мне либо лицу, законным представителем которого я являюсь, ме вмешательство: восстановление поверхности зубов винирами	огласие на
по поводу диагноза:	
(наименование и код по МКБ-10)	

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне разъяснено, что микропротезирование винирами является одним из видов несъемного протезирования. Виниры представляют собой тонкие пластинки, плотно фиксированные на поверхности зубов. Для их изготовления с поверхности зуба снимается тонкий слой, после чего делается оттиск подготовленного зуба, и в лаборатории изготавливается соответствующая накладка. Постоянный винир крепится на зубе с помощью специального стоматологического затвердевающего вещества. Обладая естественным видом, виниры изготавливаются индивидуально для каждого пациента.

Мне разъяснено, что ограничением для восстановления зуба виниром являются степень разрушения зуба более 30%, апроксимальная полость зуба, глубоко уходящая в дентин; небольшая кариозная полость; повышенная активность кариеса; недостаточная гигиена ротовой полости; бруксизм (скрип зубами).

Так как изготовление виниров происходит в течение нескольких дней, я даю свое согласие, на установку на подготовленные зубы временных конструкций.

Я проинформирован(а) о том, что все мои пожелания по поводу размера, цвета и формы виниров я должен буду высказать до их установки на зубы, потому что после постоянной их фиксации изменить что-либо будет невозможно (за исключением окончательной коррекции прикуса).

Я уведомлен о том, что для комфортной обработки зубов может потребоваться местное обезболивание.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в данном случае будут иметь меньший клинический успех. Альтернативными вариантами лечения являются: восстановление дефекта зуба пломбами, коронками, ортодонтическое выравнивание имеющихся зубов и отбеливание зубов либо отсутствие лечения как такового.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятии оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная

аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи.

Со мной согласованы технологии, методы и материалы, которые будут использованы при медицинском вмешательстве, в том числе их

цвет	
материал	

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

	Я	вни	имател	ьно	ознакомился(	(лась) с да	нным док	ументом 1	и по	онимаю	, что	ОН	является
юриди	чес	КИМ	и влеч	чет з	ва собой соотв	етствующи	ие правовые	е последст	гвия	. При по	дписа	нии	и данного
соглас	ия	на	меня	не	оказывалось	никакого	внешнего	давления	я. У	меня	была	И	остаётся
возмож	кно	сть	либо о	тказ	ваться от лечен	ния, либо д	ать свое со	гласие.					
_													

Подпись лица, давшего согласие	 //
Подпись врача:	 /

20

Приложение к медицинской карте №	
----------------------------------	--

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на восстановление (укрепление) зубов вкладками

Я.	······································
(ФИО пацие	ента, либо его законного представителя)
здоровья граждан в Российской Феде	то закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны срации» даю добровольное информированное согласие на нным представителем которого я являюсь, медицинское калками
zmemarenzerze. ynpemremie sysoz zm.	(номера зуба(ов) согласно международной системе ISO 3950)
по поводу диагноза:	
	(наименование и код по МКБ-10)

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г.  $\mathbb{N}$  323- $\mathbb{O}$ 3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне разъяснено, что микропротезирование зубными вкладками представляет собой один из видов несъемного протезирования. Вкладка для зуба — искусственный микропротез, устанавливаемый на место разрушенных зубных тканей с возможностью дальнейшего воссоздания анатомической формы зуба.

Мне разъяснено, что ограничением для восстановления зуба вкладками являются небольшая кариозная полость; апроксимальная полость зуба, глубоко уходящая в дентин; повышенная активность кариеса; недостаточная гигиена ротовой полости; бруксизм (скрип зубами).

Мне разъяснено, что в силу индивидуальной повышенной чувствительности зубов после установки вкладки может появиться зубная боль, продолжающаяся несколько дней. При сохранении болевого синдрома необходимо обратиться к лечащему врачу.

Мне разъяснено, что к особенностям восстановления зуба вкладками относится то, что вкладки не подвергаются полимеризации и усадке; не теряют цвет со временем, устойчивы к агрессивной среде; не создают дискомфорта; позволяют сохранить внешний вид и функции зуба; при создании вкладки учитываются особенности прикуса; вкладка полностью совместима с иными зубными протезами и повышает эффективность протезирования.

Так как изготовление вкладок происходит в течение нескольких дней, я даю свое согласие на установку на подготовленные зубы временных конструкций.

Я проинформирован(а) о том, что все мои пожелания по поводу размера, цвета и формы вкладок я должен буду высказать до их установки на зубы, потому что после постоянной их фиксации изменить что-либо будет невозможно (за исключением окончательной коррекции прикуса).

Я уведомлен о том, что для комфортной обработки зубов может потребоваться местное обезболивание.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Альтернативными вариантами лечения являются: восстановление разрушенного зуба пломбами, коронками, удаление зуба либо отсутствие лечения как такового.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятии оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи.

Со мной согласованы технологии, методы и материалы, которые будут использованы при медицинском вмешательстве, в том числе их

цвет	
материал	

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/ здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(a) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(a) ответы. Я получил(a) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(a) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение

системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Подпись лица, давшего согласие	 /	_/.
Подпись врача:	 /	_/.

TT		3.0
Припожение	к медицинской	LEANTE NO
HUMIOMCHINC	к медиципской	Kapic 312

#### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на лечение дисфункции височно-нижнечелюстного(ых) сустава(ов) с применением ортопедических конструкций (шинотерапию)

	«»_		20	0 г.
Я,				
(9	ФИО пациента, либо его законного пред	ставителя)		
здоровья граждан в Российс предложенное мне, либо лицу, за	серального закона от 21.11.2011 ской Федерации» даю добровол конным представителем которого я исочно-нижнечелюстного(ых)	ьное информир являюсь, медиці	рованное согла	асие на ельство:
opronogn reenin nonerpyngin		ь вид/метод)		
по поводу диагноза:		 о МКБ-10)		

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства, или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от  $21.11.2011 \, \text{г}$ . № 323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я понимаю, что преимуществами метода являются функциональность, фиксация оптимального соотношения челюстей для лечения и профилактики заболеваний височнонижнечелюстного сустава, а также возможность выравнивать небольшие деформации зубных рядов и сохранять на длительный срок коронковые части зубов, предотвращая их дальнейшее стирание и скалывание, делать улыбку гармоничной и предупреждать в будущем развитие патологической симптоматики со стороны мышц, нервов лица и височно-нижнечелюстного сустава.

Я информирован(а) о том, что последствиями отказа от данного вида лечения могут быть: перелом зубов, дальнейшее стирание зубов и уменьшение эффективности жевания, прогрессирование заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава и его симптомов, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, изменение контуров лица, ухудшение эстетики, прогрессирование заболеваний пародонта, и, возможно, постепенная утрата оставшихся зубов.

Я понимаю, что ортопедическое лечение — это сложный и многоэтапный комплекс мероприятий, направленных на нормализацию функционального и эстетического состояния всей зубочелюстно-лицевой системы и организма в целом.

Я информирован(а) о том, что этот вид лечения характеризуется длительностью (от двух недель до года и более) и сложностью, обусловленной серьезностью вмешательства в зубочелюстно-лицевую систему и организм.

В случае необходимости изменения привычного патологического положения нижней челюсти относительно верхней, а также увеличения высоты прикуса (при патологической стираемости зубов, гипертонусе жевательных мышц, деформациях зубных рядов, привычке сжимать зубы сознательно или бессознательно — во сне и т.п.) — перед этапом обработки зубов добавляется этап перестройки мышечных рефлексов с помощью ношения съемного или несъемного ортопедического аппарата — в течение от 2 недель до 12 месяцев с периодической коррекцией после аппаратного расслабления мышц.

Я информирован(а) и понимаю, что в связи с индивидуальными особенностями ответных реакций человеческого организма на стоматологические манипуляции я должен(а) быть готов(а),

особенно на этапах начала сплинт-терапии – к дискомфорту, возможным периодическим болевым ощущениям от температурных раздражителей и при надавливании на зубы, а также легкой дислексии. Возможна также отечность слизистой оболочки и мягких тканей лица. Все эти явления со временем проходят. Я должен(а) сообщить доктору о беспокоящих меня симптомах и провести мероприятия по минимизации дискомфорта.

Я проинформирован(а) и понимаю, что в случае, если я отношусь к пациентам, которые страдают бруксизмом и не могут контролировать сильное сжимание челюстей (в том числе бессознательно, во сне) – у меня возможны сколы, расцементировка и механические повреждения постоянных ортопедических конструкций.

Я информирован о том, что данный вид медицинского вмешательства не даёт полностью гарантируемый результат в связи с индивидуальными особенностями.

Я информирован(а) и понимаю, что для сохранения функции и достижения длительности терапевтического эффекта и профилактики ухудшения состояния мне необходимо:

- тщательно соблюдать индивидуальную гигиену полости рта, чистить зубы 2 раза в день после приема пищи (после завтрака и после ужина, после обеда возможно полоскание полости рта водой); пользоваться ультразвуковой зубной щеткой, флосом и ирригатором. Нарушение мной правил индивидуальной гигиены полости рта может повлечь за собой возникновение вторичного кариеса под ортопедическими конструкциями, а также осложнения воспалительного характера гингивит и пародонтит, которые, в свою очередь, могут привести к изменению внешнего вида и устойчивости ортопедических конструкций;
- исключить из употребления в пищу особенно твердые продукты, а также избавиться от некоторых вредных привычек, которые могут механически повредить ортопедические конструкции и другие реставрации зубов (например, не грызть семечки, орехи, кости, откусывать нитки и т.п.);
- в случае занятий активными видами спорта, а также при бруксизме и привычке сжимать зубы требуется изготовление специальной защитной каппы для ношения во время занятий спортом или ночью:
- регулярное проведение профессиональной гигиены полости рта в условиях стоматологической клиники с частотой не реже 2-3 месяцев (в зависимости от индивидуальной клинической картины состояния полости рта).

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/ здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения

непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(a) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(a) ответы. Я получил(a) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(a) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Подпись лица, давшего согласие	 /	<u>/</u> .
Подпись врача:	 /	_/.

П	риложение	К	медицинской	ка	рте №	
	P					

# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на фиксацию ортопедической конструкции

<u>"</u>
$A_{\star}$
(ФИО пациента, либо его законного представителя)
в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охран доровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное информированное согласие в предложенное мне либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинсков вмешательство: на фиксацию ортопедической конструкции
(вид ортопедической конструкции)
по поводу диагноза:
(наименование и код по МКБ-10)

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства, или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от  $21.11.2011 \, \text{г}$ . №  $323-\Phi3$  «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я даю свое согласие на фиксацию ортопедической конструкции на постоянный цемент.

Я подтверждаю фиксацию ортопедической конструкции, в том числе ее конструкцию, форму и цвет протезов зубов, согласование с остальными зубами в ротовой полости по форме, цвету и взаиморасположению.

Я понимаю, что дальнейшее непринятие пациентом протезов зубов влечет невозможность их снятия без необратимого повреждения конструктивных элементов и дальнейшую необходимость повторного протезирования по вине пациента.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения

непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(a) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(a) ответы. Я получил(a) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(a) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Подпись лица, давшего согласие	 /	<u>/</u> .
Подпись врача:	 /	_/.

IJ	риложение	к медицинской	карте №	

# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на ортодонтическое лечение

	«»	20 г.
Я,		
(ФИО пациент	а, либо его законного представителя)	
в соответствии со ст. 20 Федерального зак здоровья граждан в Российской Федераци предложенное мне, либо лицу, законным вмешательство: ортодонтическое лечение -	и» даю добровольное информи п представителем которого я я	ированное согласие на
•	(указать вис	$\partial$ )
по поводу диагноза:		
· ————	(наименование и код по МКБ-10)	

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я информирован(а) о том, что ортодонтическое лечение имеет своей целью коррекцию положения и наклона зубов в зубных рядах, коррекцию окклюзии (смыкания зубов) для нормализации функций челюстно-лицевой системы.

Я информирован(а) о последствиях отказа от ортодонтического лечения: прогрессирование зубочелюстной аномалии, заболевания пародонта, преждевременная потеря зубов и костной ткани, нарушение деятельности жевательных мышц и височно-нижнечелюстных суставов, функции жевания, дыхания, речи и внешнего вида в целом.

Я информирован(а) о том, что большинство зубочелюстных аномалий и деформаций носят не изолированный характер, а связаны с патологией опорно-двигательной системы пациента, значительными изменениями лицевого скелета, индивидуальными особенностями строения зубочелюстной системы, состоянием пародонта и организма в целом, что повышает риск неудачи проведённого лечения, рецидива (повтора) заболевания и требуют коррекции ранее составленного плана лечения, применения дополнительных методов обследования и лечения.

Я информирован(а), что вредные привычки и недостаточные навыки гигиенического ухода за полостью рта являются отягощающими факторами дальнейшего развития заболевания. Отказ от вредных привычек и нормализация гигиены полости рта необходимы для достижения положительного результата лечения. Я информирован(а), что при лечении с использованием съемной ортодонтической аппаратуры невозможно исправить некоторые виды зубочелюстных аномалий, достичь высокого эстетического результата.

Я информирован(а) о том, что эстетическая оценка результатов лечения, связанных с изменением во внешнем виде, субъективна, поэтому эстетическая неудовлетворенность результатом лечения, при отсутствии функциональных нарушений, не может быть основанием для предъявления претензий. Я информирован(а) о том, что изменения зубных рядов влияют на лицевой скелет в целом.

Я информирован(а) о необходимости регулярных профилактических осмотров у лечащего врача-стоматолога-терапевта/врача-стоматолога детского в период активного ортодонтического лечения не реже четырех раз в год и по его окончании в течение ретенционного периода. Я информирован(а) о необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта при ортодонтическом лечении не реже шести раз в год.

Я ознакомлен(а) с технологиями, методами, средствами и материалами, которые будут использованы в процессе лечения, согласен(а) с последовательностью, сроками лечения, необходимостью рентгенологического обследования до, во время и после предложенного лечения. Я также проинформирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, которые в данном случае будут иметь меньший клинический успех.

Я информирован(а) о длительности лечения, о сроках адаптационного периода (до двух недель, а при лингвальных брекетах — до нескольких месяцев), о возможных незначительных болевых ощущениях, о дискомфорте после активации аппарата. Я информирован(а) о кратности повторных посещений врача-ортодонта не реже 1 раза в 3-4 недели.

Я информирован(а) о необходимости:

- соблюдения всех рекомендаций и назначений врача до и после вмешательства, в том числе по уходу за аппаратурой;
- явки пациента на приемы в строго установленное врачом время;
- немедленного обращения к врачу, если ортодонтическая аппаратура сломалась или пациент ощущает неудобство.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(a) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение

системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Подпись лица, давшего согласие	 /	<u>/</u> .
Подпись врача:	 /	_/.

Приложение к	мелипинской	карте №	
iiphatomenne k	медиципскои	Kapic 312	

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на установку микромплантатов в рамках ортодонтического лечения

			«»		20 г.
Я.					
,	(ФИС	) пациента, либо его	законного предст	авителя)	
	и со ст. 20 Федераль дан в Российской Ф				
•	мне, либо лицу, за		•	•	
вмешательство диагноза:	э: установку микром	плантатов в р	амках ортодон	тического лечен	ия по поводу
диш поза		(наименовани	г и код по МКБ-10)		

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от  $21.11.2011 \, \text{г}$ . №  $323-\Phi3$  «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я информирован(а), что ортодонтическое лечение/временное протезирование с использованием микроимплантатов помогает осуществить необходимое перемещение моих зубов с целью достижения максимального эффекта при минимальной степени хирургического вмешательства и временных затратах/временное восполнение дефекта зубного ряда. Я также информирован(а) об альтернативных вариантах ортодонтического лечения/временного протезирования съемными пластиночными аппаратами, об их возможных результатах, которые в данном случае будут иметь меньший клинический успех.

Я понимаю, микроимлантаты используются для создания дополнительной опоры, потому что число и особенности положения имеющихся в полости рта зубов препятствуют их эффективному ортодонтическому перемещению либо качественной фиксации временного пластиночного аппарата.

Мне понятна необходимость в установке одного или нескольких микроимплантатов, выбор места для установки (в области нёба или между зубами на верхней и/или нижней челюсти) микроимплантата я поручаю врачу.

Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что установка микроимплантата сопряжена с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

Я информирован(а) о том, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру течения. Я информирован(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного вмешательства, которые обусловлены в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями организма, среди которых могут быть: отек мягких тканей лица и шеи; гематома, кровотечение; ограничение открывания рта; онемение губы, подбородка, языка; перфорация дна гайморовой пазухи; аллергические реакции; а также обусловлены наличием уже имеющегося хронического или острого патологического процесса челюстно-лицевой области: прогрессирование заболевания, повышение температуры тела, появление симптомов общей интоксикации организма, увеличение лимфатических узлов; появление (усиление) болевых ощущений; обострение системных заболеваний организма;

нарушение состава кишечной микрофлоры, связанное с приемом антибиотиков при их назначении.

Также осложнения после микроимплантации могут включать инфицирование участка размещения микроимплантата, поломку микроимплантата, излишнюю подвижность микроимпантата, преждевременное удаление микроиплантата и необходимость установки нового в это же или другое место.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(a) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(a) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(a) ответы. Я получил(a) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(a) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Подпись лица, давшего согласие		/
Подпись врача:	/	/

Придожение к х	елипинской карте №	
припожение к м	телипинской карте №	

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на зубное протезирование в детском возрасте

	« <u> </u>	20	_ Г.
Я,			
	(ФИО пациента, либо его законного представителя)		

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное информированное согласие на предложенное мне либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство: ортопедическое лечение (зубное протезирование) по поводу диагноза:

(наименование и код по МКБ-10, номера зуба(ов) согласно международной системе ISO 3950)

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Настоящим даю согласие на проведение зубного протезирования наиболее рациональным в моей клинической ситуации методом(ами) (далее указать номера зуба(ов) согласно международной системе ISO 3950 и подчеркнуть/указать нужное):

- одиночные коронки на зубы (металлические штампованные/терапевтические композитные /пластмассовые временные коронки) - частичные съемные пластиночные протезы
- полные съемные пластиночные протезы
- полные съемные пластиночные протезы с фиксацией на микроимплантатах

Я информирован(а), что результатом протезирования является установка искусственных коронок вместо разрушенных или утраченных тканей коронковой части зуба для нормализации функционального и эстетического состояния зубочелюстной системы, и что протезы не могут быть идентичны собственным зубам и тканям.

Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения – восстановление зубов пломбами, отсутствие лечения как такового.

Я информирован(а) о том, что этот вид лечения включает в себя по меньшей мере следующие этапы:

- консультативно-диагностический этап;
- этап обработки зубов (одонтопрепарирование) под конструкции;
- этап фиксации конструкции и коррекции по прикусу;
- диспансеризация (динамическое наблюдение, профессиональная гигиена полости рта) с периодичностью 1 раз в 3-6 месяцев, которая определяется индивидуально и зависит от состояния тканей зубов и уровня индивидуальной гигиены полости рта.

Я информирован(а) о том, что последствиями отказа от предложенного оптимального вида лечения могут быть:

- перелом зуба после проведенного эндодонтического лечения;
- развитие вторичных деформаций зубных рядов, нарушение прикуса;
- снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи.

Выбирая конструкцию для протезирования, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и функциональные конструктивные особенности использования:

- необходимость проведения индивидуальной гигиены полости рта в связи с ретенцией пищи;

- наличие видимых металлических элементов конструкции;
- изменение чувствительности слизистой оболочки полости рта из-за перекрывания частями протеза;
  - необходимость применения гелей для лучшей фиксации съемных протезов;
- затрудненное привыкание (адаптация) к качественно изготовленным зубным протезам вследствие сопутствующих заболеваний и индивидуальных психомиофункциональных особенностей организма (появление тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания).

Перечисленные особенности качественно изготовленных искусственных конструкций не являются основанием для предъявления претензий к качеству оказанной медицинской услуги и не подпадают под гарантийный случай.

Я информирован(а) и понимаю, что в случае протезирования у детей речь идет о временном протезировании, которое подлежит замене по мере роста ребенка и развития его зубочелюстной системы, а также обязательной замене на постоянные ортопедические конструкции после окончания скелетного роста. Окончание скелетного роста определяется индивидуально по рентгенограмме шейных позвонков в боковой проекции или сравнении линейных параметров на теле-рентгенограмме головы в боковой проекции. Временное протезирование направлено на поддержание функций зубочелюстной системы и поддержание правильной формы и размера зубных рядов и не предусматривает протезирование с целью достижения эстетических результатов.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

 $\mathfrak{S}$  имел(a) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(a) ответы.  $\mathfrak{S}$  получил(a) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства.  $\mathfrak{S}$  информирован(a) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Подпись лица, давшего согласие	/	/
Подпись врача:	/	/.

Приложение к медицинской кар	рте №
------------------------------	-------

# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение процедуры отбеливания зубов

	«»	20 г
Я,		
,	(ФИО пациента, либо его законного представителя)	

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное информированное согласие на предложенное мне, либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство: проведение процедуры отбеливания зубов по поводу диагноза: К03.7 - изменения цвета твердых тканей зубов после прорезывания.

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я подтверждаю, что достаточно информирован(а) о предстоящей процедуре отбеливания зубов, её продолжительности. Я ознакомлен(а) со всеми этапами, методами и средствами, используемыми в процессе работы.

Я информирован(а) о том, что необходимым предварительным условием для проведения отбеливания зубов является санация полости рта. Я информирован(а) об особых обстоятельствах, влияющих на успешность процедуры:

- индивидуальные особенности твердых тканей зубов;
- курение, потребление в большом количестве кофе, чая;
- неудовлетворительная индивидуальная гигиена полости рта;
- повышенный рвотный рефлекс;
- аллергия на применяемые медикаменты;
- использование ранее пациентом несертифицированных средств для отбеливания зубов.

Я информирован(а), что стабильность результата проведенной процедуры отбеливания зубов имеет временный характер и полностью зависит от образа жизни, характера питания и эффективности личной гигиены полости рта. Я информирован(а) о том, что данная процедура сопровождается риском возникновения определённого дискомфорта, связанного с:

- повышением чувствительности зубов во время процедуры и на 1-2 дня после;
- микротравмами слизистой оболочки полости рта;
- обострением хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта;
- возникновением аллергических реакций на применяемые материалы и медикаменты.

Я информирован(а) о том, что эффект процедуры во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил

(сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(a) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(a) ответы. Я получил(a) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(a) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Подпись лица, давшего согласие	 /	_/
Подпись врача:	 /	_/

Приложение к медицинской карте №	Приложение к	: медицинской	карте №	
----------------------------------	--------------	---------------	---------	--

#### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение физиотерапевтического лечения при стоматологических и иных заболеваниях челюстно-лицевой области и полости рта

	«»	20г.
Я,		
,	(ФИО пациента, либо его законного представителя	1)
здоровья граждан в Росс предложенное мне, либо	Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-0 ийской Федерации» даю добровольное информациу, законным представителем которого я рапевтическое лечение —	мированное согласие на
	(вид(ы) физиотерапевтического лечения)	
по поводу диагноза:	(наименование и код по МКБ-10)	

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я информирован(а), что проведение физиотерапевтического лечения является методом профилактики и лечения стоматологических и иных заболеваниях челюстно-лицевой области.

Я информирован(а), что клинические рекомендации (протоколы лечения) при заболеваниях полости рта, утвержденные Решением Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России», регламентируют проведение физиотерапевтического лечения неотъемлемой частью курса лечения заболеваний пародонта и профилактической процедуры, предотвращающей развитие кариеса.

Я информирован(а) об общих противопоказаниях к физиотерапевтическому лечению.

Я информирован(а) о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных с ними рисками, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии: покраснения, нестабильность артериального давления, головные боли, тошнота.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её

проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

 $\mathfrak{S}$  имел(a) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(a) ответы.  $\mathfrak{S}$  получил(a) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства.  $\mathfrak{S}$  информирован(a) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Подпись лица, давшего согласие	 /	/.
Подпись врача:	 /	/.

Приложение к медицинской карте №
----------------------------------

#### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на инъекционное введение ботулинического нейротоксина типа A (нейропротеин) в челюстно-лицевую область

	«»	2	20 г.
Я,			
(ФИО пациента, либо его за	аконного представите	ля)	
в соответствии со ст. 20 Федерального закона от здоровья граждан в Российской Федерации» дан предложенное мне либо лицу, законным предовмешательство: инъекционное введение (нейропротеин) в челюстно-лицевую область по	ю добровольное и ставителем которо ботулинического	нформированное согл ого я являюсь, медин нейротоксина ти	асие на цинское

(наименование и код по МКБ-10)

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства, или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я информирован(а) о методике применения и механизме действия ботулинического нейротоксина типа А (нейропротеина) на стоматологическом приеме и длительности терапевтического эффекта препарата:

- 1) ботулинический нейротоксин типа А вызывает миорелаксацию;
- 2) действие препарата начинает проявляться на 2-7 день после инъекции и достигает своего максимума на 10-15 день;
- 3) эффект после введения препарата сохраняется 6 месяцев. По прошествии данного периода времени для поддержания эффекта необходима повторная процедура;
- 4) после инъекции возможно возникновение временных обратимых побочных эффектов: болезненности в месте инъекции, головной боли (1,3%), гематомы в месте инъекции, кратковременное повышение температуры тела (до 37,5°C);
- 5) в редких случаях (менее 5%) наблюдается нечувствительность к действию препарата.

Я информирован(а), что противопоказаниями к процедуре являются: возраст до 18 лет, повышенная чувствительность к компонентам препарата, воспалительный процесс в месте предполагаемой инъекции, период менее 3 месяцев после перенесенной хирургической операции на лице, обострение хронического заболевания, миастения, гемофилия, беременность и грудное вскармливание, прием антибиотиков группы аминогликозидов и тетрациклинового ряда.

Я подтверждаю, что мне неизвестно о наличии у меня (у представляемого) какого-либо из перечисленных выше состояний.

Я информирован(а), что после проведения процедуры рекомендуется:

- 1) сохранять вертикальное положение тела в течение первых 4 часов;
- 2) не массировать и не разминать места инъекций на протяжении первых суток;
- 3) не применять антибиотики группы аминогликозидов и/или тетрациклин в течение 4 месяцев.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об

экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Дополнительно к вышеуказанному сообщаю, что новая коронавирусная инфекция COVID-19 мною (представляемым) была перенесена/не была перенесена, проведена вакцинация (указать дату и препарат).

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

 $\mathfrak{S}$  имел(a) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(a) ответы. Я получил(a) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(a) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой соответствующие правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

Подпись лица, давшего согласие	 /	_/.
Подпись врача:	 /	_/.

#### ПРОТОКОЛ

Область коррекции	Кол-во единиц введенного препарата
Жевательная мышца справа	
Жевательная мышца слева	
Височная мышца справа	
Височная мышца слева	
Латеральная крыловидная мышца справа	
Латеральная крыловидная мышца слева	

Общая доза введенного препарата:	
Серия препарата:	
Срок годности:	
Растворитель: натрия хлорид	
ПРОТОКОЛ ДИНАМИЧЕСКОГО ОСМОТРА	
Дата осмотра:	
Дополнительное воздействие:	
Комментарии:	
Подпись врача://.	

Приложение	к медицинской	í Kante No	
приломение	к медиципског	I KADIC M	

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на применение препаратов гиалуроновой кислоты

	<u>«</u> »	20 г
Я,		
,	(ФИО пациента, либо его законного представителя)	

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное информированное согласие на предложенное мне либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство: применение препаратов гиалуроновой кислоты по поводу диагноза:

(наименование и код по МКБ-10)

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства, или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я проинформирован(а) что данная процедура применяется для стимуляции репарации (физиологического восстановления) поврежденных тканей стоматологическими препаратами гиалуроновой кислоты.

Я информирован(а), что в период проведения манипуляции (введение препаратов гиалуроновой кислоты) возможна индивидуальная аллергическая реакция, болезненность, жжение, дискомфорт, чувство распирания.

Я информирован(а), что после проведения процедуры могут появиться временные реакции, типичные для самой процедуры:

- в случае аппликационного применения покраснение, отек, зуд слизистой, аллергические реакции в месте нанесения;
- в случае инвазивного применения (инъекции и хирургические вмешательства) покраснение, отек, зуд, легкая кровоточивость, болезненность и изменение цвета слизистой, болезненность и гематомы в местах инъекций; в редких случаях локальные вторичные явления: ощущение тепла, аллергические реакции; в единичных случаях возможное обострение герпетической инфекции после проведения процедуры, возможное усиление типичных постпроцедурных или послеоперационных проявлений в зависимости от объема и вида инвазивного вмешательства.

Я также проинформирован(а) о том, что в зависимости от показаний необходим курс процедур применения препаратов гиалуроновой кислоты для достижения желаемого результата.

Я информирован(а) о том, что эффект медицинского вмешательства во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил

(сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(a) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Подпись лица, давшего согласие	 /	/.
Подпись врача:	 /	/.

Пр	иложение	к медицинской	карте №	

20

# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на инъекционное введение фибриновой массы (PRF-препарата) в слизистую оболочку полости рта

\\
H,
(ФИО пациента, либо его законного представителя)
,
з соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны
вдоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное информированное согласие на
предложенное мне, либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское
вмешательство: инъекционное введение фибриновой массы (PRF-препарата) в слизистую
оболочку полости рта по поводу диагноза:
(наименование и код по МКБ-10)

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от  $21.11.2011 \, \text{г}$ . №  $323-\Phi3$  «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я проинформирован(а) что данная процедура состоит в заборе собственной венозной крови и разделения её на составляющие посредством процесса центрифугирования для вычленения и концентрирования тромбоцитов в плазменной фракции и дальнейшем введении ее в лесну.

Я информирован(а), что в период проведения манипуляции: анестезия, введение плазмы, забор крови — возможна индивидуальная аллергическая реакция, болезненность, жжение, дискомфорт.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(a) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Подпись лица, давшего согласие		/	_/
Подпись врача:	- <u></u> -	/	_/.

Бланк медицинской организации
Приложение к медицинской карте №
Лист учета дозовых нагрузок пациента при рентгенологических исследованиях
Ф.И.О. пациента

№ п/п	Дата	Вид исследования, количество и вид процедур	Эффективная доза за исследование, мЗв	Примечание
1	2	3	4	5

Подпись:

		к медицинской карте №
Карта онко	оскрининга стоматологическо	
	OT «	20 г.
Внешний осмотр: симметрия / аст	имметрия (нужное подчеркнуть	)
Локализация	Наличие изменений справа	Наличие изменений слева
Лицо		
Шея		
Лимфоузлы: затылочные		
подподбородочные		
подчелюстные		
подъязычные		
щечные		
околоушные		
заушные		
шейные		
надключичные		
При отсутствии изменений ставит		
При наличии изменений в соотве		
форма, консистенция, указываетс	я размер лимфоузлов, подвижн	ость, болезненность.
Осмотр полости рта: заштриховат	гь измененные участки	
красная кайм	a rufili	
слизистая г		0:0:0:0:0:0:0:0:0
апаволирный отросто небно твердое	_ %_ /	
The south	70,17901	.000000000
уда твердое	/ / %/	
угол рта Небо		вентральная
		поверхность языка
слизистая		РАВАЯ ЛЕВАЯ СТОРОНА
щеки /		
		(, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
Y M	4/	дно полости
7	корень перад	
ПРАВАЯ дорсальн поверхно	корень левая сторона	
ПРАВАЯ дорсальн поверхно поверхность языка	ая корень языка <b>ЛЕВАЯ</b> сторона	рта язычно отросток вестибитерно
ПРАВАЯ дорсальн поверхно варыка	корень левая сторона	рта Льбеолярной язычно вестибилярно слизистая губы
ПРАВАЯ дорсальн поверхно поверхность языка	корень левая сторона	рта язычно отросток вестибитего
ПРАВАЯ дорсальн поверхно поверхность языка	J	рта  язычно
ПРАВАЯ дорсальн поверхно поверхность языка	J	рта  язычно  язычно  отросток  слизистая губы  красная кайма
ПРАВАЯ сторона боковая поверхность языка	J	рта Язычно отросток вестибитийно слизистая губы красная кайма губы
ПРАВАЯ сторона боковая поверхность языка	J	рта Язычно отросток вестибитийно слизистая губы красная кайма губы

Ф.И.О. врача: \_\_\_\_\_

	Бланк меди	ицинско	й орган	изации		
			-	жение к медицин	ской карте Ј	N <u>º</u>
	Акт об оказанн № от «>	њх мед >	ицинсь	сих услугах 20г.		
Вил с	оплаты:					
Льгот	ra:					
Паци	ент					
Плате	ельщик: законный представитель / паци	иент				
Тел.:						
Адре	c:					
Испо.	лнитель:					
№ п/п	Наименование процедуры	Зуб	Кол-	Цена	Сумма	Дата выполнения
1	A16.07.023.008.101 Протезирование зубов полным съемным пластиночным протезом, базис иммедиат-протеза		2	###	##### P	дд.мм.гггг
				Итого:	##### <b>P</b>	
Всего	о оказано услуг на сумму			ть сумму прописьк	o)	
	еперечисленные услуги оказаны полноству, срокам и стоимости оказанных усл		срок. З	Заказчик не име	еет претенз	ий по объему,
Испо	лнитель:				/	
110110.	должноск					дпись
		_				
Заказ	чик:	/				
	Фамилия, инициалы	Подпись				

#### ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

### 1. ДИАГНОЗ ЭТО

- 1. выписка из карты стационарного больного;
- 2. краткое врачебное заключение о патологическом состоянии здоровья обследуемого, об имеющихся у него заболеваниях (травмах) или о причине смерти;
- 3. описание состояния здоровья пациента в терминах;
- 4. отчет за время лечения пациента в стационаре или в поликлинике.

# 2. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №043/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ

- 1. врачом-стоматологом
- 2. врачом-статистиком
- 3. медицинским регистратором
- 4. медицинской сестрой

3. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА	СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА М	<b>6</b> 043/У)
ХРАНИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ	_ ЛЕТ	

- 1. 5
- 2. 10
- 3. 15
- 4. 25

# 4. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

- 1. является обязательным условием медицинского вмешательства
- 2. оформляется исключительно при отказе пациента от медицинской помощи
- 3. дается в исключительных случаях родителями несовершеннолетних детей
- 4. дается пациентом исключительно при оказании ему высокотехнологичной мелицинской помощи

# 5. СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТСЯ К НОРМАТИВНЫМ ДОКУМЕНТАМ ХАРАКТЕРА

- 1. рекомендательного
- 2. законодательного
- 3. ознакомительного
- 4. обязательного

### СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1. Серёгина И.Ф. О правовом значении качества ведения медицинской документации в медицинских организациях / И.Ф. Серёгина, А.В. Колоколов, И.М. Сон, Л.В. Руголь // Вестник Росздравнадзора. − 2019. − №5. − с.88-94.
- 2. Амхадова М.А., Законные представители пациентов на амбулаторном стоматологическом приеме / М.А. Амхадова, М.И. Сойхер, Е.А. Батлер, Е.Ю. Чуянова // Российский стоматологический журнал. 2017. –21(5). с.275-279.
- 3. Давлетшин А.Р. Право на врачебную (медицинскую) тайну и квалифицированную юридическую помощь / А.Р. Давлетшин // Ученые записки Казанского университета. Серия Гуманитарные науки. 2017. №159(2). с.401-409.
- 4. Амхадова М.А. Принципы организации онкологической помощи пациентам Московской области со злокачественными заболеваниями стоматологического профиля / М.А. Амхадова, М.И. Сойхер, М.Г. Сойхер, А.В. Мохов, А.В. Сучков, И.С. Амхадов. М.: МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, 2017. 23с.

### СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1. Менеджмент в здравоохранении: учеб. пособие / Под ред. М.М. Мухамбекова. Москва: РУДН, 2012. 372 с.
- 2. Основы ведения первичной медицинской документации в клинике терапевтической стоматологии в соответствии с МКБ-10: пособие для врачей / И. Л. Евстигнеева, Л. Е. Смолянко, О. В. Федчишин. Иркутск: ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Министерства здравоохранения РФ, 2014. 40 с.
- 3. Оформление медицинской карты пациента при оказании терапевтической и хирургической стоматологической помощи в рамках обязательного медицинского страхования Московской области: учеб. пособие / М.А. Амхадова, В.Д. Вагнер, А.В. Мохов, М.Г. Сойхер, М.И. Сойхер, А.В. Сучков, Л.А. Мамедова, И.А. Пасевич, А.А. Журина, Е.Ю. Чуянов, А.Г. Строганова. Москва: МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, 2016. 72 с.
- 4. Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство : методическое пособие для врачей / В. В. Шкарин, Н. Н. Седова, А. В. Петров, А. Т. Аббасова. Волгоград : Волгоградский государственный медицинский университет, 2017. 40 с.

## СОДЕРЖАНИЕ

	ІЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ, ОФОРМЛЯЕМЫХ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ	4
	ая карта стоматологического пациента	
	а обработку персональных данных (приложение 1,2)	
3. Информиро	ованное добровольное согласие на медицинское вмешательство (на ворганизации и врача) по утвержденной форме (приложение 3,4)	выбор
4. Анкета здор	оовья (приложение 5)	7
5. Анкета эпид	демиологического анамнеза (приложение 6)	8
	я о возможности получения услуги в рамках программы государство ложение 7)	
7. Договор на	оказание медицинской помощи (приложение 8)	8
	ия (приложения 9,10)	
	ванное добровольное согласие пациента на различные виды медици (приложения 11-29)	
10. Приложени	ия к медицинской карте (приложения 30,31)	10
11. Акт выпол	пенных работ (приложение 32)	12
типичные (	ОШИБКИ ВЕДЕНИЯ ДОКУМЕНТАЦИИ В	
	ОГИИ	12
	№1 Информированное согласие пациента на обработку и передачу х данных	15
Приложение	№2 Информированное согласие законного представителя несовершеннол	етнего
/ недееспособ	бного пациента на обработку и передачу персональных данных	17
•	№3 Информированное добровольное согласие на виды медицинских пв при выборе врача и медицинской организации	адка не
Приложение	№4 Отказ от медицинского вмешательства	21
Приложение	№5 Анкета здоровья пациента	22
Приложение	№6 Эпидемиологическая анкета пациента	24
•	№7 Информационное согласие об объеме и условиях оказываемых платнь ических услуг	
Приложение	№8 Договор на оказание платных услуг	26
Приложение	№9 Предварительный план лечения (пример оформления)	26
Приложение	№10 Комплексный план лечения (пример оформления)	33
Приложение	№11 ИДС на проведение профессиональной гигиены полости рта	36
Приложение	№12 ИДС на проведение местной инъекционной анестезии	38

Приложение №13 ИДС на лечение кариеса и некариозных заболеваний твердых тканей з	
Приложение №14 ИДС на проведение эндодонтического лечения	43
Приложение №15 ИДС на стоматологическое хирургическое вмешательство	46
Приложение №16 ИДС на дентальную имплантацию	48
Приложение №17 ИДС на ортопедическое лечение	51
Приложение №18 ИДС на восстановление поверхности зубов винирами	55
Приложение №19 ИДС на восстановление (укрепление) зубов вкладками	57
Приложение №20 ИДС на шинотерапию	60
Приложение №21 ИДС на фиксацию ортопедической конструкции	63
Приложение №22 ИДС на ортодонтическое лечение	65
Приложение №23 ИДС на установку микромплантатов в рамках ортодонтического леч	ения
Приложение №24 ИДС на зубное протезирование в детском возрасте	70
Приложение №25 ИДС на отбеливание зубов	73
Приложение №26 ИДС на физиолечение	75
Приложение №27 ИДС на инъекционное введение ботулинического нейротоксина типа А	l <i>77</i>
Приложение №28 ИДС на применение препаратов гиалуроновой кислоты	80
Приложение №29 ИДС на инъекционное введение PRF-препарата	82
Приложение №30 Лист учета дозовых нагрузок	83
Приложение №31 Карта онкоскрининга стоматологического больного	85
Приложение №32 Акт выполненных работ	86
ЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ	87
ТИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	88
ТИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	
	07

### СОЙХЕР М.И., СТРОГАНОВА А.Г., АЛЕКСАНДРОВА О.Ю., АМХАДОВА М.А., СОЙХЕР М.Г., МАМЕДОВ А.А., МОРОЗОВА Н.С., ПОПОВА Т.Г., ЕНИКЕЕВ А.М., АНТОНОВ Н.М., САРЫЧЕВА В.А.

### ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

учебное пособие для медицинских вузов

ISBN 978-5-6046837-0-5

0 785407 487705

Редактор: Строганова А.Г. Оригинал-макет: Строганова А.Г. Подписано в печать 15.07.2021г. Усл. печ. л. 6,4 Тираж 100 экз. Издательские услуги ООО «Альфмед» 129515, Москва, ул. Ак. Королева, д. 13, стр.1, а/я 94



# ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР

СЕРТИФИЦИРОВАННЫЕ КУРСЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ-СТО-МАТОЛОГОВ И НЕВРОЛОГОВ С ВЫДАЧЕЙ СЕРТИФИКАТОВ ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗЦА НА ОСНОВАНИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ЛИЦЕНЗИИ N°038111 ОТ 20.12.2016 Г.

- Курс повышения квалификации для врачей-стоматологов на тему **«Ботулинотерапия в стоматологии»** (16 ак.часов)
- Курс повышения квалификации для врачей неврологов на тему «Орофациальные боли: этиология, диагностика, подходы к терапии» (16 ак.часов)
- Курс повышения квалификации для врачей-стоматологов на тему «**Шинотерапия в стоматологии»** (16 ак.часов)
- Курс повышения квалификации для врачей-стоматологов на тему «Генетический паспорт стоматологического здоровья» (16 ак.часов)



### Ежегодные конференции, семинары, мастер-классы

- Семинар «Электромиография жевательных мышц (ЭМГ) в стоматологической практике» Лекторы: к.м.н., врачстоматолог-терапевт Сойхер М.И., к.м.н. врач-невролог Саксонова Е.В.
- Семинар «Неврологические и эмоциональные расстройства в практике врача-стоматолога» Лектор к.м.н. Мингазова Л.Р.
- Практический курс **«Клинико-лабораторные этапы изготовления межокклюзионных разобщающих сплинт-шин»** Лектор к.м.н., профессор Сойхер М.Г.
- Семинар «**PRO ортодонтию**» Лектор врач-стоматолог-ортодонт Сойхер Е.М.
- Модульный курс «**Теория и практика реконструктивной стоматологии»** Лектор к.м.н., профессор Сойхер М.Г.
- Семинар «Медико-правовые аспекты современной стоматологии» Лекторы: д.м.н Попова Т.Г., к.м.н Кураева Е.Ю., к.м.н Сойхер М.И.
- Практический курс «Восковое моделирование в концепции R. Slavicek. Клинико лабораторные этапы изготовления межокклюзионных разобщающих сплинт-шин» Лектор к.м.н., профессор Сойхер М.Г., зубной техник Кораблинов П.А.
- Семинар **«Регенеративная стоматология»** Лектор к.м.н Сойхер М.И