

## Информированное добровольное согласие пациента на проведение ортопедического лечения (несъемное протезирование)

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 18, 19, 20, 21, 22, 23 Федерального закона РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в российской Федерации» и является необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства (в том числе стоматологического)

Я, \_\_\_\_\_ Г.р.,  
являющийся (щаяся) законным представителем \_\_\_\_\_  
обращаюсь в ООО «Концепт Смайл» для проведения ортопедического лечения, а именно протезирования зубов коронками, в том числе коронками на дентальных имплантатах.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (лась) с предлагаемым лечением и мог (ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, я осведомлен(а) врачом обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти в процессе изготовления протезов и во время их эксплуатации (переломы протезов, трещины, отколы облицовочного материала, изменение цвета коронок и искусственных зубов, стирание зубов антагонистов, обострение хронических процессов в опорных зубах и тканях пародонта).

Мне предложен врачом план ортопедического лечения (протезирования зубов коронками, в том числе коронками на имплантатах). Мне даны полные разъяснения о том, что целями выполнения плана ортопедического лечения являются:

- восстановление жевательной функции отдельных зубов и полное (или достаточное) восстановление жевательной эффективности зубочелюстной системы;
- нормализация смыкания зубов, профилактика дальнейшего разрушения зубного ряда;
- восстановление функции речи и глотания;
- лечение и профилактика функциональной перегрузки височно-нижнечелюстных суставов;
- восстановление внешнего вида лица, устранение эстетических недостатков зубочелюстной системы.

Мне разъяснены возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а так же общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология. При отказе от установки коронки на дентальные имплантаты возможно развитие периимплантита, которое может привести к удалению имплантата.

Врач разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного лечения, альтернативные методы лечения и последствия, которые могут наступить при невыполнении всего объема лечения, и другие возможные осложнения, которые могут возникнуть в ходе и после лечения: деформация зубных рядов и дистопия отдельных зубов; изменение внешнего вида лица и улыбки; затрудненное пережевывание пищи; изменение фонетики; боль при пользовании протезами; изменение вкусовых и температурных ощущений; травмы слизистой полости рта и травмы пародонта; заболевания (или обострения заболеваний) зубов и пародонта; воспалительные заболевания из-за плохой гигиены полости рта; аллергические реакции на материалы, применяемые при протезировании; повышенная чувствительность зубов после их шлифовки; трещины или скол облицовочного материала; переломы зубов. Эти и другие осложнения могут носить временный или постоянный характер и устраняются врачом-стоматологом, но иногда требуют дополнительного лечения или вмешательства, вплоть до удаления зуба (зубов) и изготовления нового (даже другой конструкции) протеза.

Я знаю, в качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые и качественно пролеченные зубы и ткани пародонта. Я понимаю, что для правильной установки протеза (коронки) следует провести препарирование опорных зубов (обтачивание опорных зубов на толщину будущего протеза).

Я информирован(а) о методе ортопедического лечения, предложенного мне врачом. Мне известны другие возможные способы протезирования, а также все их преимущества и недостатки перед выбранным методом ортопедического лечения.

Я согласен(а) с выбранной врачом конструкцией протеза \_\_\_\_\_.

Я понимаю необходимость и не возражаю о проведении рентгенологического и других необходимых методах исследования.

Я осведомлен(а) о том, что в течение процесса лечения может возникнуть необходимость дополнительных методов исследования, результаты которых могут изменить ранее составленный план протезирования.

Я осведомлен(а), что в случае изменения моих личных планов при незаконченной работе, мной возмещается клинике стоимость всех осуществленных к этому моменту этапов протезирования.

Я осведомлен(а) о том, что в случае изменения плана протезирования по моему желанию после окончания и сдачи работы, протезирование по новому плану в данной клинике оплачивается согласно составлению нового соглашения и после полной оплаты мной стоимости предыдущего ортопедического лечения.

Я осведомлен(а), что в случае моего настаивания на конструкции или особенностях протеза, которые по медицинским показаниям недопустимы, клиника оставляет за собой право расторжения соглашения без возмещения моих финансовых и моральных затрат за проведенное к этому моменту лечение.

Мне полностью понятен метод протезирования. Дополнительные мои вопросы особо оговорены и ответы на них меня полностью удовлетворяют.

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

Я подтверждаю, что назвал(а) все имеющиеся у меня заболевания и проблемы, которые могут заинтересовать врача и повлиять на течение и результаты ортопедического лечения. Я согласен(а) по требованию врача предоставить все анализы, касающиеся общего состояния моего здоровья.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я проинформировал(а) врача-стоматолога о всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время и предупрежден(а) о возможности возникновения аллергии на стоматологические материалы, применяемые при изготовлении зубных протезов.

Я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технических этапов протезирования, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным результатом и понимаю, что никто не может гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом.

Врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, соблюдать сроки и последовательность их проведения. Я информирован(а) о способах и методах гигиены после ортопедического лечения, а также о возможных осложнениях при их несоблюдении.

Я подтверждаю свое согласие на своевременную явку на профилактические осмотры каждые 6 месяцев.

Я осведомлен(а) о том, что все дальнейшее наблюдение, а при необходимости и лечение будет проводиться только в клинике, в которой было проведено протезирование. В случае моего обращения за консультацией и лечением в другую клинику, а также при несоблюдении требований по уходу за зубными протезами, а также требований по их эксплуатации, лечебное учреждение не несет финансовой и моральной ответственности за возможные осложнения.

Я получил(а) подробную информацию и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязываюсь соблюдать.

Я доверяю врачу-стоматологу-ортопеду \_\_\_\_\_ и согласен(а) провести ортопедическое лечение.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. Я получил(а) исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен(на) с ним.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

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

Дата: « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_

В моем присутствии расписался врач-стоматолог-ортопед: \_\_\_\_\_

