

Информированное добровольное согласие пациента на проведение ортопедического лечения (протезирование на установленных имплантатах)

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 на установленных имплантатах.

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

Врач поставил мне диагноз и обосновал необходимость проведения ортопедического лечения. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые, в моем случае, будут иметь меньший клинический успех.

Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: 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 также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

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 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 технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа, поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и которые, у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в амбулаторной медицинской карте).

Я не возражаю о проведении рентгенологического и других необходимых методах исследования. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков (аллергические реакции; нарушение состава кишечной микрофлоры; изменения витаминного, иммунологического балансов; обострение хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта).

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом, т. к. представления пациентов о протезировании, как правило, не совпадают с реальной действительностью.

Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Мне были объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные варианты. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я знаю, что в случае протезирования финансовые затраты, понесенные мною за изготовление зубных протезов, не возвращаются. Последующее протезирование оплачивается мной полностью заново.

Я понимаю, что во время и после протезирования, мое состояние может измениться, тогда, по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия. Я разрешаю любые изменения в плане лечения, если они будут сделаны для моего собственного блага.

Я внимательно ознакомился с данным Информированным добровольным согласием и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

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 21.11.2011 г. № 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: _____