

Информированное добровольное согласие пациента на проведение ортопедического лечения (съёмное 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 установки частично-съёмного, полного съёмного пластинчатого протеза, бюгельного протеза (нужное подчеркнуть).

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.

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

Мне предложен врачом план ортопедического лечения (протезирования зубов). 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: прогрессирующее зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирующее заболевание пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, невропатология.

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; неудовлетворительная фиксация протезов; аллергические реакции на материалы, применяемые при протезировании; повышенная чувствительность зубов после их шлифовки; деформация протеза; перелом протеза, трещины или скол облицовочного материала; переломы зубов. Эти и другие осложнения могут носить временный или постоянный характер и устраняются врачом, 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 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 съёмного протеза.

Я понимаю необходимость и не возражаю о проведении рентгенологического и других необходимых методов 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 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 информирован(а) о возможных неудобствах в период привыкания к съемному протезу: ухудшение дикции, снижение вкусовых ощущений, уменьшение пространства для языка и некоторое ограничение его свободы (при протезировании нижним протезом), давление протеза на десну в области отсутствующих зубов. Я проинформирован (а), что сроки привыкания к съемному протезу составляют 10-30 дней.

Я подтверждаю свое согласие на своевременную явку на профилактические осмотры каждые 6 месяцев, а также на коррекцию протеза при необходимости.

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: _____