

## Информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, \_\_\_\_\_

ФИО полностью

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач

ФИО

Мне сообщена, разъяснена врачом-стоматологом и понятна информация о сути лечения.

Целью ортопедического лечения является восстановление отсутствующих или разрушенных зубов съемными и несъемными конструкциями, которые изготавливаются в зуботехнической лаборатории по оттиску, сделанному врачом.

В процессе лечения допустимо уточнение диагноза, коррекция намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

В частности, во время проведения лечения может сложиться ситуация, когда потребуется увеличение объема протезирования, вплоть до удаления опорных зубов.

**Мне сообщено и понятно**, что для лечения могут понадобиться дополнительные обследования, о чем меня уведомит врач, а именно:

- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля;
- консультация у врача(ей)-стоматолога(ов) иного профиля;
- проведение обследования на аллергические реакции на используемые материалы;
- рентгенологические обследования;
- фотосъемка/видеосъемка;
- проведение функциональной диагностики (электромиография, кондиография);
- депульпирование или сошлифовывание зубов по показаниям к ортопедическому лечению.

Я проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья, обо всех случаях аллергии.

**Я понимаю**, что отказ от перечисленных выше обследований может повлечь осложнения и Исполнитель не несет ответственности в случае их возникновения, если я не сообщил(а) или не знал(а) о своих противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение лечения.

Мне составлен врачом индивидуальный рекомендованный план подготовки полости рта к протезированию и план ортопедического лечения.

**Мне сообщены возможные альтернативные варианты лечения.**

**Я проинформирован(а):**

- о возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: перелом зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения); дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функций речи; прогрессирование заболеваний пародонта; перемещение имеющихся зубов на место отсутствующих и их быстрая утрата; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатология;
- о возможных осложнениях на разных этапах протезирования:
  - 1) под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола; снижение внимания; аллергические реакции;
  - 2) последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
  - 3) возможность проявления аллергической реакции на материалы, используемые для изготовления протезов, и материалы самого протеза: онемение языка, жжение в полости рта, болезненность, дискомфорт;
  - 4) при снятии старых ортопедических конструкций;
  - 5) при получении оттисков: проглатывание или вдыхание слепочных масс, микротравма слизистой оболочки полости рта.

**Я проинформирован(а):**

- о необходимости через некоторое время проводить коррекцию либо переделку протеза (по ситуации) по причинам, не зависящим от работы врача, но обусловленными неизбежными изменениями в полости рта, а именно: изменение рельефа и формы десны, атрофия костной ткани челюсти, стираемость поверхности зубов. (Время коррекции или переделки протеза зависит от скорости таких изменений в полости рта конкретного человека);
- при проявлении скрытых дефектов возможна переделка протеза и увеличение сроков его изготовления.

**Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях на ортопедические конструкции.**

Конкретные гарантийные сроки и сроки службы устанавливаются врачом в зависимости от: клинической ситуации в полости рта;

- наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях;
- полноты выполнения плана лечения, рекомендованного врачом.

С учетом указанных обстоятельств гарантийные сроки и сроки службы могут быть уменьшены или увеличены по сравнению со средними, что фиксируется врачом в гарантийном талоне.

**Мне названы и со мной согласованы:**

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

Я понимаю, что в ходе лечения может возникнуть необходимость дополнительного обследования, о чем меня уведомит врач.

Я обязуюсь выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

**Мне сообщено и понятно**, что одним из критериев эффективности оказания медицинских услуг является результат проведенного лечения, подтвержденный фотографиями и рентгенограммами до, после и в процессе лечения в соответствии с согласованным планом лечения. Я даю согласие на фотографирование моего лица и зубных рядов при оказании мне медицинских услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью клиники.

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

Я внимательно ознакомил(ся, ась) и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
подпись / ФИО полностью

**Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал(а) ответы на все вопросы.**

\_\_\_\_\_  
подпись / ФИО врача