

**Информированное согласие на проведение
медицинского вмешательства на ортопедическое лечение
ООО «Дентал-Мед» стоматологической клиники, расположенной по адресу,
г.Канаш, ул Железнодорожная, 89**

Даю согласие на ортопедическое стоматологическое лечение с применением местной инъекционной анестезии, в соответствии с планом лечения в ООО «Дентал-Мед». Я получил(а) в доступной для меня форме информацию о наличии у меня стоматологических заболеваний, предварительном диагнозе, вероятном прогнозе развития осложнений при отсутствии лечения, возможных методах и целях лечения и профилактики, имеющихся у меня стоматологических заболеваний, связанных с ними риске, их последствиях и результатах проведенного лечения. Я получила подробные объяснения по плану лечения, по материалам, которые будут использованы в процессе лечения, по срокам лечения и приблизительной стоимости. Предупрежден(а) о всех возможных неблагоприятных последствиях и осложнениях, которые могут произойти во время и после ортопедического лечения, а также при проведении анестезии и при приеме лекарственных средств.

1. Меня информировали о цели и характере предполагаемого лечения, существующих способах и методах лечения.
2. Со мной согласована предварительная стоимость лечения, которая может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.
3. Я предупрежден (а) о возможности коррекции намеченного плана лечения и его стоимости в зависимости от ситуации, складывающейся в процессе его реализации, о чем меня своевременно предупредит лечащий врач.
4. Я понимаю необходимость рентгенологической диагностики и контроля качества лечения в будущем и обязуюсь являться на контрольные осмотры по графику, обговоренному с доктором и записанному в моей медицинской карте стоматологического больного.
5. Я информирован (а) о возможных побочных действиях и осложнениях на разных этапах протезирования.
6. Я предупрежден (а) о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций врача, режима приема назначенных лекарственных препаратов, неявка в назначенное лечащим врачом время на очередной этап лечения и последующие профилактические осмотры, бесконтрольное самолечение - могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
7. Я извещен (а) о негативных последствиях, которые могут возникнуть в случае моего полного или частичного отказа от ортопедического лечения или при моем самостоятельном прерывании реализации согласованного со мной индивидуального плана стоматологического лечения.
8. Понимая сущность предложенного ортопедического лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать стабильность достигнутых результатов в долгосрочной перспективе. Я понимаю, что мне гарантировано, что все необходимые и согласованные со мной манипуляции будут выполнены в соответствии с существующими стандартами и требованиями.
9. Мне известно, что ортопедическое лечение имеет своей целью долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и/или эстетическую реабилитацию.
10. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования. Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения.
11. Меня познакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые, в моем случае, будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного аппарата) и их стоимостью.
12. Я ознакомлен (а) с последствиями отказа от протезирования, которыми могут быть: 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 также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.
13. Меня проинформировали, что зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается иволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него), которое проявляется в рецессии (убыли) десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов в связи с чем, периодически, возникает необходимость коррекции или перделки протеза. Также возможна расцементировка протеза.

14. Мне известно о необходимости строго следовать этапам протезирования, соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

15. Я осознаю и согласен(а) с тем, что изготовленные зубные протезы не могут точно повторять анатомическую форму и положение в зубном ряду удаленных ранее зубов, т.к. произошедшие анатомические изменения в альвеолярном отростке не позволяют достичь желаемого результата. Я признаю, что это не следует рассматривать как вред, а врач оказал медицинскую услугу, как меру реализованной возможности в данных обстоятельствах.

16. Я понимаю, что привыкание к зубным протезам происходит постепенно. После протезирования наступает период адаптации, который длится от одной недели до полугода. Протезом нужно пользоваться аккуратно и бережно.

17. Я информирован (а) о том, что при неустраиваемости пациентом ортопедической конструкции сроком свыше 3 месяцев Клиника не несет ответственности за качество протеза (соответствие его протезному ложу через данный промежуток времени) и их сохранность. Данный протез будет переделываться за счет средств Пациента.

18. Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса возможны: рвотный рефлекс, расцементировка ортопедических конструкций; попадание оттисковой массы в поднутрения зубов/пломб/ортопедических конструкций, индивидуальная аллергическая реакция, воспаление слизистой оболочки полости рта, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи. Мне известно, что при наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта.

19. Мне известно, что при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других функциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломки протезов.

20. Я проинформирован(а) о том, что при постановке временной конструкции возможна ее поломка и расцементировка. Меня предупредили, что в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

21. Я понимаю необходимость соблюдения тщательной гигиены полости рта, регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, установленному для меня) и выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами.

22. Меня информировали, что общий гарантийный срок на ортопедическую работу составляет 12 месяцев. Мне известно, что врач вправе отказать в установлении гарантийного срока, либо установить сокращенный гарантийный срок на ортопедические услуги, о чем ставит меня в известность и делает отметку «без гарантии» в квитанции и медицинской карте по окончании лечения. Гарантия на ортопедические работы не распространяется; на втулки (матрицы) и перебазировку протеза; на ремонт зубных протезов выполненных за пределами гарантийного срока, а также на любой ремонт протезов, изготовленных в других клиниках; при естественном износе матриц замковых съемных протезов; на установку временных ортопедических конструкций; наличие подвижности зубов. Гарантийный срок не устанавливается при невозможности /отказе Пациента от приема назначенных врачом по протоколу лечения медицинских препаратов; если по вине Пациента временные конструкции не заменены на постоянные; при наличии сопутствующего заболевания: пародонтит, пародонтоз; мне известно, что действие гарантии прекращается: в случае отказа пациента от завершения согласованного плана лечения; при несоблюдении рекомендаций врача; при несоблюдении гигиены полости рта; при неявке на очередной профосмотр и отказе от санации полости рта; при одновременном стоматологическом лечении в другой клинике; при снижении иммунологической реактивности организма пациента.

23. Мне известно, что до момента сдачи ортопедической конструкции я имею право требовать переделки работы.

24. Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к лекарственным и другим средствам в прошлом и в настоящее время. Я сообщил(а) врачу о всех имеющихся у меня заболеваниях и несу ответственность за негативные последствия, вызванные предоставлением не полной/не достоверной информацией о моем состоянии здоровья.

25. Я понимаю необходимость рентгенологического контроля до терапевтического лечения, во время и после лечения, а так же во время контрольных осмотров и даю на них согласие.

26. Я согласен(на) на применение местной инъекционной анестезии с целью обезболивания для осуществления медицинских манипуляций, которая предусматривает одну или несколько инъекций и

приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности. Я информирован(а) об основных преимуществах, осложнениях и риске инъекционной анестезии. Осложнения обусловлены введением в ткани организма анестетика и реакцией на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергические реакции, обморок, коллапс, анафилактический шок), травме мягких тканей, гематомы, отека десны в области инъекции, тризму (ограниченное открывание рта), травме нервных окончаний и сосудов, потерей чувствительности, невритами, невралгиями, продолжающихся в течение нескольких дней или дольше.

27. Я уполномочиваю врача выполнить дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в ходе лечения в связи с возникновением непредвиденных ситуаций, в том числе изменения плана лечения.

28. Я добровольно принимаю на себя обязанность следовать рекомендациям и предписаниям лечащего врача, регулярно принимать назначенные препараты, являться на контрольные и профилактические осмотры (не реже 1 раз в 6 месяца), соблюдать гигиену полости рта. Я обязуюсь информировать врача о проблемах, возникших в процессе лечения или по его окончании, немедленно сообщать врачу о любом изменении самочувствия.

29. Я подтверждаю, что имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно моего заболевания и его лечения и получил(а) на них полные и понятные ответы.

Меня ознакомили с инструкциями, которые необходимо выполнять после проведения лечения.

Я даю свое согласие на лечение/ выполнение работ по протезированию без предоставления гарантийного срока на лечение/работу.

Я подтверждаю, что у меня была полная возможность прочитать вышеизложенное, и мне полностью понятен каждый пункт данного документа.

Я добровольно и осознанно даю свое согласие на проведение врачом ООО «Дентал-Мед»:

Дата	Подпись пациента	Подпись врача, ф.и.о.	Дата	Подпись пациента	Подпись врача, ф.и.о.