

Информированное добровольное согласие пациента на проведение протезирования (ортопедического лечения) зубов.

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со ст.20 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан».

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента)

получил (а) от моего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении и плане подготовительных мероприятий, об альтернативных методах лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза).

Я согласен (а) с предложенным мне планом лечения и протезирования.

Последствиями отказа от протезирования в моем случае могут быть:

-перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после эндодонтического лечения, вторичные деформации зубных рядов, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, повышенная стираемость зубов, заболевания височно-нижнечелюстного сустава, заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология и др.

Я полностью осознаю, что в процессе лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение необходимого результата.

Я подтверждаю, что предварительно проинформирован(на) врачом о возможности индивидуальной аллергической реакции и развития осложнений при любых манипуляциях в полости рта и проведении анестезии.

Врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, протезирование является медицинским вмешательством в мой организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов.

При наличии патологии височно-челюстных суставов, нейропатологии и миофункциональных расстройствах могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам (тошнота, нарушение функций речи, глотания).

Обязуюсь приходить на контрольные осмотры и коррекции протезов в сроки, назначенные врачом._____

Я понимаю, что зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается изменениям (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в обнажении корня зуба, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки ортопедической конструкции.

Я осознаю риск, связанный с анестезией, которая может вызвать сердцебиение, повышение давления, отек и воспаление в месте инъекции, аллергическую реакцию, кровотечение, гематому, временную потерю чувствительности языка, губ, неба, кожи лица и шеи.

Я даю разрешение делать инъекции, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, лечения, протезирования, а также для документирования результатов медицинского вмешательства.

Я проинформирован(на) врачом и понимаю, что необходимо соблюдать рекомендации врача по вопросам питания, гигиенического ухода за полостью рта и протезами.

Я понимаю вероятность возникновения осложнений, необходимость их устранения и согласен(на) оплатить все необходимые дополнительные мероприятия и процедуры в полном объеме

Я предупрежден(на) врачом, что гарантия устанавливается только на постоянную (окончательную) ортопедическую конструкцию, на диагностические этапы и временные конструкции гарантия не распространяется.

Я внимательно ознакомился(ась) с текстом данного документа, понимаю его содержание и значение.

Настоящее информированное согласие является неотъемлемой частью амбулаторной карты.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

Дата «___» _____ 20__ г.

Примечание: при приеме детей до 18 лет обязательно подписывается родителем (опекуном) или сопровождающим лицом.