

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства**  
**Ортопедическое лечение**

Я \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество — полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:** Я, паспорт, \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

( Ф.И.О. Ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

настоящим свидетельствую о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог:

В исключительных случаях, например, болезнь врача, ООО «ДЕНТИК ФЭМИЛИ» оставляет за собой право заменить лечащего врача.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Диагноз: \_\_\_\_\_

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты протезирования.

2.6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: перелом зуба при отказе покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функций речи; прогрессирование заболеваний парадонта; быстрая утрата зубов остаточного прикуса; заболевание жевательных мышц височно-нижнечелюстного сустава; заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатология.

2.7. Возможные осложнения на разных этапах протезирования:

- под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижения внимания, аллергические реакции.
- последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.
- при снятии старых ортопедических конструкций, а именно: перелом корня/коронки зуба; расцементировка штифтовых конструкций.
- при получении оттисков, а именно: рвотный рефлекс; расцементировка ортопедических конструкций; попадание оттисковой массы в поднутрения зубов/пломб/ортопедических конструкций.
- после постановки протеза, а именно: нарушения речевой функции, вкуса, ощущение инородного тела в полости рта – временно, на период адаптации после ортопедического лечения; воспаление слизистой оболочки полости рта (кровоточивость, отечность) – вследствие плохой гигиены полости рта, давления базиса протеза, обострение хронической герпетической инфекции или изменение гормонального фона; поломка протеза и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт – вследствие нарушения рекомендаций врача (жевание грубой пищи, раскусывание орехов и др.); ухудшение или неудовлетворительная фиксация съемного протеза – следствие анатомо-топографических особенностей полости рта или износа ретенционных (удерживающих) составляющих съемного протеза; расцементировка штифтовых конструкций.

2.8. Необходимость 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: опущение и изменение формы десны, атрофия костной ткани челюсти, стираемость поверхности зубов. (Время коррекции или переделки протеза зависит от скорости изменений в полости рта конкретного человека).

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, в том числе о том, что гарантии предоставляются при условии соблюдения графика профилактических приемов и наличии снимков ОПТГ до начала лечения и по законченному клиническому случаю. Условия гарантии принимаю.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною *плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.*

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:

- получение ортопантограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;
- консультация стоматолога(ов) иного профиля.
- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля.

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

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

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

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_