

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение медицинского вмешательства:
по протезированию зубов и зубных рядов

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.20
ФЗ от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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

Я, _____, (Ф.И.О.
пациента, число, месяц, год рождения)

зарегистрированный по адресу: _____,
(адрес места жительства гражданина)

подтверждаю, что лечащий врач-стоматолог _____
проинформировал меня, что в результате предварительного обследования мне установлен диагноз:

_____ (заполняется врачом).

Я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым планом, сроками и стоимостью оказания ортопедических услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение ортопедического лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Доктор после обследования и диагностики обосновал необходимость проведения ортопедического лечения. Я понимаю, что результатом протезирования является установка искусственных зубов вместо разрушенных или утраченных для обеспечения пережёвывания пищи и эстетики, и что протезы не могут быть идентичны

собственным зубам и тканям. Я ознакомлен(а) с необходимостью профессиональной гигиены и санации полости рта перед началом протезирования и с наиболее рациональным планом протезирования. Меня также познакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае могут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа, рецидивы деструктивных процессов в зубах и тканях челюсти). Последствиями отказа от протезирования в моем случае могут быть: прогрессирование кариозного процесса, удаление зуба, развитие осложнений, перелом зуба при отказе от врачебной рекомендации покрытия зуба ортопедической конструкцией, в т.ч. после проведенного эндодонтического лечения, вторичные деформации зубных рядов, снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, повышенная стираемость зубов, заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, невралгии, нейромышечная патология.

Лечащий врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, важность соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также необходимость полного восстановления целостности зубных рядов. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, протезирование является вмешательством в биологический организм и как любая медицинская манипуляция не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Я уведомлен, что примерки и коррекции протезов в процессе и после их изготовления (необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата протезирования), раскручивание фиксирующего ортопедическую конструкцию на имплантатах винта, нарушение фиксации постоянных и временных конструкций, пришлифовка готовых протезов по прикусу, расцементировка коронок являются конструктивной особенностью ортопедических конструкций и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг. Я уведомлен(а) о необходимости платной перебазировки съемных протезов и замены фиксирующих элементов в процессе их эксплуатации не реже 1 раза в 6 месяцев. Выбирая искусственную ортопедическую конструкцию, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и функциональные конструктивные особенности использования (ретенция пищи, наличие шахт для доступа к винтам, наличие видимых элементов фиксации съемных протезов и металлических частей коронок), и возможные неудобства при пользовании

протезом, изменение всех видов чувствительности, перекрытие частями протеза слизистой оболочки полости рта, необходимость применения гелей для лучшей фиксации съёмных протезов, неудобство жевания и изменение дикции). Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. Я уведомлен(а), что для покрытия зубов ортопедическими конструкциями проводится процедура сошлифовывания твердых тканей зуба, которая является необратимой. Я осознаю, что для восстановления зубов (зубных рядов) искусственными ортопедическими конструкциями может потребоваться депульпирование опорного зуба и лечение корневых каналов в нем за дополнительную плату. Я уведомлен, что возможен раскол корня при извлечении или фиксации вкладки или штифта. Также меня уведомили, что наиболее предпочтительным для здоровья и долгосрочного прогноза является покрытие зубов искусственными ортопедическими конструкциями без предварительного депульпирования. В случае сохранения жизнеспособности пульпы опорного зуба существует риск воспаления пульпы зуба или развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня опорного зуба как в процессе, так и после покрытия зуба ортопедической конструкцией. Я информирован, что в этом случае за дополнительную плату согласно прайсу, будет проведено лечение корневых каналов опорного зуба наиболее рациональным и безопасным способом – прямо через установленную ортопедическую конструкцию либо после ее снятия, что может потребовать необходимость повторного изготовления ортопедической конструкции и повторной ее оплаты. За осложнения, возникшие по причине некачественного лечения зубов в другой клинике, исполнитель ответственности не несет. При расцементировке ортопедических конструкций необходимо обратиться в ООО Стоматологический Центр «Жемчуг», так как существует риск их проглатывания или попадания в дыхательные пути. Я осведомлена(а), что при наличии патологии височно–нижнечелюстных суставов и других нейромиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, сколов и поломок протеза. Наличие сопутствующих заболеваний и индивидуальных особенностей организма, не позволяющих пациенту полностью адаптироваться к качественно изготовленным ортопедическим конструкциям (например, повышенный рвотный рефлекс), гарантийным случаем не являются и устраняются при наличии такой возможности за отдельную плату. Я уведомлен о необходимости

использования ирригатора и проведения профессиональной гигиены полости рта не реже 1 раза в 6 месяцев и об утрате гарантий при несоблюдении рекомендаций и правил пользования ортопедическими конструкциями. Понимая сущность предложенного протезирования и уникальность собственного организма, я уведомлен, что итоговый результат протезирования может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные протезы зубов эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций, особенно при различном освещении. Я осознаю риск, связанный с применением анестезии и медицинских препаратов, которые могут вызвать нарушение сознания и дыхания, дисфункцию мышц, судороги, сердцебиение, коллапс, повышение АД, отек и воспаление в месте инъекции, аллергию, кровотечение, гематомы, некроз тканей, потерю чувствительности языка, губ, неба, кожи лица и шеи. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех медицинских терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо. Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана протезирования в процессе оказания медицинских услуг.

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ЛИЧНО ПРОЧИТАЛ ДОКУМЕНТ И ДАЮ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫШЕОГОВОРЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО.

Пациент _____
Ф. И.О. пациента или законного представителя _____ подпись _____

Беседу провел врач _____
Ф.И.О. врача _____ подпись _____

Дата « _____ » _____ 20 _____ г.

Примечание: при приеме детей до 18 лет обязательно подписывается родителем (опекуном)