

Информированное согласие на проведение ортопедического лечения

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« _____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу _____,

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

даю добровольное согласие на предложенное, мне, моему ребенку, лицу, чьим

законным представителем я являюсь, _____

Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель

« _____ » _____ года рождения, проживающего по адресу: _____

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

ортопедическое лечение дефектов зубов и /или зубных рядов челюстей

наименование вида медицинского вмешательства

врачом _____.

должность, Ф.И.О. врача полностью

и обосновал необходимость проведения ортопедического лечения. Я ознакомлен (ознакомлена) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования.

Мне были объяснены все возможные исходы протезирования, альтернативные варианты. Я также имел (имела) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

Я понимаю, что возможные альтернативные варианты протезирования в моем случае будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза, профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа). Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функций речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, **не может иметь стопроцентной гарантии на успех** даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции либо переделки протеза.

Я понимаю, что в процессе любого стоматологического вмешательства возможны болевые ощущения, которые могут сохраняться в течение некоторого срока после проведенной манипуляции.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я сообщил(а) врачу все известные мне сведения о состоянии своего здоровья/ здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, острых и хронических заболеваниях, операциях, приеме медикаментов, аллергических реакциях, вредных привычках. Я предупрежден(а), что в случае неполной или недостоверной информации могут возникнуть осложнения, ответственность за которые несу я сам(а).

Я проинформирован(а) об обязательном прохождении профессиональной гигиены полости рта непосредственно перед началом протезирования. Отказ от прохождения профгигиены полости рта может негативно сказаться на результате протезирования (инфицирование обработанных под коронки тканей зубов, неправильный подбор цвета протезов, нарушение условий фиксации и т.д.)

Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе плана лечения, сроков профилактических осмотров, проведения профессиональной гигиены полости рта, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья/ здоровья лица, чьи интересы я представляю, и сократить или полностью аннулировать гарантию на проведенную мне/ лицу, законным представителем которого я являюсь, работу.

Я проинформирован(а) о необходимости выполнения врачебных рекомендаций по уходу за полостью рта после проведенных манипуляций. Я также информирован(а) о том, что в соответствии с п.1 ст. 27 ФЗ №323 от 21.11.11 г. "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

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

Разрешаю предоставлять информацию о состоянии моего здоровья, здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти, следующим лицам:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)_____
Подпись (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)_____
Подпись (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) врача)

Дата _____