

Добровольное информированное согласие пациента на ортопедическое лечение (зубное протезирование)

1. Общие положения

Я, _____ (ФИО), дата рождения _____, зарегистрирован(а) по адресу: _____,

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет или недееспособных граждан:

Я, _____ (ФИО), паспорт: _____, выдан: _____,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным _____.

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю добровольное согласие на проведение мне/моему подопечному следующего медицинского вмешательства (указать цель): **на проведение на ортопедическое лечение (зубное протезирование)** _____ (указать).

Настоящее согласие дано ООО «Эребор», имеющем лицензию на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-77-01-017662 от 12 марта 2019 г., по адресу: г. Москва, Зеленый проспект, д. 77, к. 2, пом. 1 (далее - Клиника).

На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю врача – _____.

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(лась) с предлагаемым лечением и, в соответствии со своей волей, мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения. Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения, информирован(а) о его стоимости и сроках исполнения.

Я проинформирован(а) врачом об альтернативных методах медицинского вмешательства и выражаю согласие с предложенным планом лечения.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга может быть оказана по программе обязательного медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объеме и на условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС.

Врач-стоматолог-ортопед обосновал(а) необходимость проведения ортопедического лечения и ознакомил(а) меня с наиболее рациональным в моей/моего подопечного клинической ситуации методом протезирования зубов и проведения подготовительных мероприятий (далее *нужное подчеркнуть*):

- одиночные коронки на зубы _____ (цельнолитые/металлопластмассовые/металлокерамические/_____);
- мостовидные протезы с опорой на зубы _____ (цельнолитые/металлопластмассовые/металлокерамические/_____);
- культевые вкладки на зубы _____;
- коронки на имплантатах в области отсутствующих зубов _____;
- условно-съёмные протезы с опорой на имплантаты _____;
- съёмные бюгельные протезы _____;
- частичные съёмные пластиночные протезы _____;
- полные съёмные пластиночные протезы _____;
- консультация и подготовительное лечение: врача-стоматолога-терапевта, врача-стоматолога-хирурга, врача-ортодонта, гигиениста стоматологического, ЛОР-врача, _____;
- иное: _____;

Я информирован(а), что ортопедическое лечение – это сложный и многоэтапный комплекс мероприятий, направленный на нормализацию функционального и эстетического состояния всей зубочелюстно-лицевой системы, длительностью от нескольких месяцев до года и более, исходя из клинической ситуации.

Я информирован(а) о том, что этот вид лечения включает по меньшей мере следующие этапы:

- 1) консультационно-диагностический этап (в том числе: рентгенологическое обследование, изготовление диагностических моделей зубных рядов, при наличии показаний – функциональную диагностику височно-нижнечелюстного сустава, жевательных мышц), составление плана лечения;
- 2) этап обработки зубов (одонтопрепарирование) под конструкции и одномоментное изготовление временных конструкций;
- 3) этап фиксации постоянных конструкций, их коррекция по прикусу;
- 4) диспансеризация (динамическое наблюдение и профессиональная гигиена полости рта) с периодичностью 1 раз в 3-6-12 месяцев, которая определяется индивидуально и зависит от состояния опорных тканей зубов, выбранной ортопедической конструкции и уровня индивидуальной гигиены полости рта.

Я информирован(а), 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 информирован(а), что для покрытия зубов ортопедическими конструкциями проводится процедура сошлифовывания твердых тканей зуба, которая является необратимой.

Выбирая искусственную ортопедическую конструкцию, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и функциональные конструктивные особенности использования и возможные неудобства при пользовании протезом:

- отличие по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций, особенно при различном освещении;
- необходимость изменения индивидуальной гигиены полости рта в связи с ретенцией пищи;
- наличие видимых элементов фиксации протезов и металлических частей коронок;
- отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций;
- изменение чувствительности при смыкании зубов, изменение чувствительности слизистой оболочки полости рта из-за перекрытия частями протеза;
- необходимость применения гелей для лучшей фиксации съёмных протезов;
- затрудненное привыкание (адаптация) к качественно изготовленным ортопедическим конструкциям вследствие сопутствующих заболеваний и индивидуальных психомиофункциональных особенностей организма (появление тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания).

Перечисленные особенности качественно изготовленных искусственных ортопедических конструкций не являются гарантийным случаем и устраняются при наличии такой возможности за отдельную плату.

Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения – ортодонтическое выравнивание имеющихся зубов и отбеливание, а также изготовление частичных съёмных пластмассовых или бюгельных протезов в области отсутствующих зубов, либо отсутствие лечения как такового.

Я информирован(а) о том, что последствиями отказа от предложенного мне оптимального вида протезирования могут быть:

- перелом зуба после проведенного эндодонтического лечения;
- развитие или прогрессирование вторичных деформаций зубных рядов;
- снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи;
- прогрессирование заболеваний пародонта;
- быстрая утрата оставшихся зубов, повышенная стираемость оставшихся зубов вследствие их функциональной перегрузки;
- заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава;
- проявления гальванического синдрома в полости рта;
- общесоматические заболевания (желудочно-кишечного тракта, нейромышечная патология).

Я осознаю, что выбор мною неоптимального плана лечения и протезирования, изменение сроков и последовательности этапов комплексного стоматологического лечения отрицательно повлияют на итоговый результат лечения, протезирования и их отдаленный прогноз.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций лечащего врача.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма, в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья / лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть),

(ФИО гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

Я понимаю, что даже при максимально возможной степени заботливости и осмотрительности лечащего врача, какая от него требуется по характеру выполняемой работы, и принятия всех мер для успешного проведения диагностического исследования, желаемый результат может быть не достигнут, в силу недостаточного уровня развития современной медицины, не гарантирующей стопроцентного результата; в силу индивидуальных особенностей организма пациента.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления.

Я прочитал(а) данное согласие, понимаю его смысл, принимаю данные факты и настоящим уполномочиваю провести мне медицинскую манипуляцию.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача.

