

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
пациента на проведение ортопедического лечения**

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Я _____

(Фамилия, Имя, Отчество пациента – полностью)

обращаюсь в стоматологическую клинику ООО «Семейная стоматология» для проведения ортопедического лечения. Я получил(а) от своего лечащего врача подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен(а) о последствиях отказа от протезирования, об альтернативных методах протезирования и о всех возможных осложнениях, которые могут произойти в процессе изготовления протезов и во время их эксплуатации, всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении и уполномочиваю врача-стоматолога провести ортопедическое лечение дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей.

Я ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования. Я понимаю необходимость качественной подготовки зубов и тканей пародонта к протезированию, а также необходимость их рентгенологическому обследованию.

Меня также познакомили с возможным альтернативным вариантом протезирования, которые, 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 вообще могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирующее зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирующее заболевание пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я проинформировал доктора о всех случаях аллергии в прошлом и настоящее время, и предупрежден(а) о возможности аллергии на некоторые стоматологические материалы применяемые для изготовления зубных протезов (металл, пластмасса, оттисковые массы и т. д.)

Лечащий врач пояснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строго соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Я понимаю, что хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, протезирование является своего рода 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 протезирования.

Я понимаю, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает, и это приводит к их разрушению. Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами, а также обязуюсь приходить на контрольные осмотры в соответствии с установленным планом лечения,

Я понимаю, что через какое-то время, зависящее от скорости протекания процессов старения, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях, возникающих во время эксплуатации протезов (особенно при увеличении нагрузки), в т.ч. возникновении переломов протезов, трещин, отколов облицовочного материала, изменение цвета, стирании зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах и др.

Я согласен, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным результатом, и понимаю, что при определенном сроке гарантии на протезы, никто не может гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих в стоматологической клинике «Семейная стоматология», и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случаях их несоблюдения я лишюсь права на гарантию.

Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Мне были объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные варианты.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Подпись пациента _____

Ф. И.О. (полностью)

Подпись врача _____

Ф. И.О. (полностью)