ALFA DENT
FAMILY DENTAL CLINIC

Приложение № _____ к Договору № _____ от «____»
_____ 20___ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Я, _____ (Ф.И.О.), дата рождения _____, проинформирован(а) о поставленном диагнозе.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения.

Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и планом самого протезирования, с возможными альтернативными вариантами 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, рецидивы деструктивных процессов в зубах и тканях челюсти).

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 пережевывания 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. Последствиями отказа от протезирования в моем случае могут быть: дальнейшее разрушение зуба, 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(а), что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной особенности моего организма, возникает необходимость коррекции либо переделки ортопедической конструкции.

Я уведомлен(а), что многократные 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 не реже 1 раза в 6 месяцев и замены фиксирующих элементов в процессе их эксплуатации не реже 1 раза в 2-3 года.

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 (отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций и чувствительности к сжатию зубов, изменение всех видов чувствительности, перекрывание частями протеза слизистой оболочки полости рта, необходимость применения гелей для лучшей фиксации съемных 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. В этом случае переделка ортопедических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно согласно прайсу Исполнителя.

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

Я сознаю, 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(а), что возможен раскол корня при извлечении или фиксации вкладки или штифта. Присутствие такой рекомендации врача в предварительном плане лечения важно для получения наилучшего результата лечения. 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 развитии воспалительного процесса в тканях вокруг корня опорного зуба как в процессе, так и после покрытия зуба ортопедической конструкцией.

Я информирован(а), 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 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(а) о необходимости ежедневного использования ирригатора и проведения профессиональной гигиены полости рта не реже 1 раза в 6 месяцев и об утрате гарантий при несоблюдении этих 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. Высокий процент успешности проведения ортопедического лечения (более 90%) не исключает определенный процент (около 10%) неудач ортопедического лечения, что может потребовать проведения коррекции или полной переделки ортопедической конструкции за счет пациента.

Я понимаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование.

Я имел(а) 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.

1. Настоящее информированное согласие разработано на основании ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказов Минздравсоцразвития России № 390н от 23.04.2012 г., Минздрава России № 1051н от 12.11.2021 г.

2. Согласно ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.

3. Информированное добровольное согласие на комплекс обследований дается пациентом старше 15 лет либо законным представителем пациента, не достигшего возраста 15 лет, один раз при первичном обращении в медицинскую организацию и действительно в течение всего срока оказания услуг в медицинской организации.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Я понимаю, что факт дачи мною согласия на медицинское вмешательство имеет соответствующие юридические последствия. Я подписываю настоящее согласие на медицинское вмешательство, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой информацией для принятия решения.

Дата:

Пациент: ✓ _____ / _____

(подпись пациента) *(ФИО полностью)*

Врач: _____ / _____

(подпись врача) *(ФИО)*