

Приложение к договору и к амбулаторной карте
стоматологического больного № _____

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства на ортопедическом приеме

1. Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, что я согласен (согласна) с названными мне условиями.

Я, _____,
(ФИО пациента, число, месяц, год рождения либо законного представителя)
зарегистрированного, проживающего по адресу:

_____ (адрес регистрации, проживания гражданина или законного представителя)
в отношении _____ «__» _____ г.р.,
(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)
проживающего по адресу: _____,
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие, о том, что мое лечение проведет врач-стоматолог-ортопед

(Ф.И.О. врача)

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Мне предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом ортопедическом лечении.

2.1. Диагноз: _____

2.2. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования. Меня также ознакомили 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 зубов).

2.3. Я осведомлен(а), что последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а так же заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

2.4. Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта, при анестезии, обработке зубов, снятии оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство этения, болезненность; дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи. При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.

Меня предупредили, что в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

2.5. Я осведомлен(а) о том, что срок ортопедического лечения длительный и зависит от сложности клинической ситуации, а также что срок лечения может измениться в связи с изменением плана лечения.

2.6. Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, определенному и согласованному с лечащим врачом. Меня осведомили о негативных последствиях в случае непосещения врача в указанный срок.

2.7. Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

2.8. Выбор материалов и методов лечения, а также необходимых мне этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в плане лечения. Мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена, как в сторону увеличения, так и в сторону уменьшения, в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и планом самого протезирования, с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа). Совместно с врачом я имел(а) возможность выбрать из всех вариантов лечения наиболее рациональный вариант.

2.9. Риски, последствия, осложнения. 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 протезов за мой счет по причинам, обусловленным состоянием моего организма и не зависящим от Исполнителя. Врач объяснил мне, и я понял(а) возможные осложнения, которые могут иметь место во время и после лечения: сколы облицовки протезов из-за неправильного использования; перелом протезов с попаданием их элементов в желудочно-кишечный тракт и дыхательные пути; изменение цвета протезов; отеки десны или лица после лечения; микротравмы десны; ощущение дискомфорта, болевые ощущения; аллергические реакции на инструменты и материалы, применяемые в процессе лечения; отеки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости десен; при получении оттисков - рвотный рефлекс, асфиксия материала, экстракция зубов с патологической подвижностью, расцементировка старых конструкций; появление запаха изо рта и образование налета на протезах из-за несоблюдения гигиены полости рта и рекомендаций врача. Мне понятно, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

2.10. Я осведомлена(а), что патологии височно-нижнечелюстных суставов, нейромиофункциональные расстройства и/или бруксизм могут привести к сколам (поломкам) протеза и/или его частей.

Я понимаю, что наличие сопутствующих заболеваний (включая указанные) и индивидуальных особенностей организма гарантийным случаем не являются и устраняются при наличии такой возможности с согласия пациента за отдельную плату. Мне разъяснено, что протезирование является вмешательством в биологический организм и, как любое медицинское вмешательство, не всегда может обеспечить пожизненное сохранение результата лечения, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата (аналогично повторному росту зубов в течение жизни). Жевательная система подвергается регрессивным изменениям, которые проявляются в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости и разрушении твердых тканей зубов.

2.11. Я понимаю, что через какое-то время, которое зависит от скорости протекания изменений в организме, может возникнуть необходимость коррекции протеза либо повторного протезирования.

2.12. Я уведомлен(а), что появление аллергии на компоненты материалов после окончания лечения не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно. Подобные явления не являются следствием неправильного лечения, а замена конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется за дополнительную плату.

2.13. Я уведомлен(а), что расцементировка коронок, виноров являются конструктивной особенностью ортопедических конструкций и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг.

До подписания настоящего согласия я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридически значимым документом и влечет существенные правовые последствия.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства.

Я разрешаю врачу опубликовать информацию о лечении меня в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

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.

Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций.

Подпись пациента _____ / _____
Ф.И.О. (полностью)

Дата «__» _____ 20__ г.

Вышеуказанный Пациент ознакомился и дал своё информированное добровольное согласие на указанное в нём медицинское вмешательство, а также расписался в настоящем документе в моём присутствии:

Подпись врача
_____/_____
Ф.И.О. (полностью)

Дата «__» _____ 20__ г.