

ОБРАЗЕЦ

Информированное добровольное согласие на проведение ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Настоящее добровольное согласие составлено в *соответствии со статьями 4,5,20,21,22, 23,27 ФЗ №323 от 21.11.12 «Об охране здоровья граждан РФ», Законом о защите прав потребителей и действующими законодательными актами.*

Я, _____,
Добровольно обращаюсь в стоматологическую клинику ООО «Стоматология Улыбка Тари» по поводу моего заболевания и получил(а) от врача стоматолога-ортопеда _____

в доступной для меня форме всю интересующую меня информацию о предстоящем ортопедическом лечении. Лечащий врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил на основании данных диагностики преимущества выбранного метода ортопедического лечения. Я согласен(на), доверяю и предоставляю право лечащему врачу провести ортопедическое лечение дефектов зубов(а) или (и) зубных рядов челюстей.

Я ознакомлен(а) с планом протезирования и проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования. Я понимаю, что перед началом курса ортопедического лечения необходимо произвести санацию и профессиональную гигиену полости рта в соответствии с рекомендациями лечащего врача.

Я ознакомлен со всеми возможными альтернативными вариантами протезирования. Мне также объяснили, что при отказе от лечения возможны: прогрессирование заболеваний пародонта, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности функции жевания, нарушение функции речи, ухудшение эстетики, перелом зуба, а также прогрессирование заболеваний желудочно-кишечного тракта, височно-нижнечелюстного сустава, нейропатология.

Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования. 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 многие медицинские операции, 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).

Я понимаю, что зубочелюстная система в течении жизни человека подвергается возрастным изменениям (как при наличии протеза, так и без него), которые проявляются в обнажении зуба, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов, трещины зубов и т.д. Поэтому, через какое-то время (зависящее от скорости протекания процессов старения) которые строго индивидуальны у каждого человека, возникает необходимость коррекции либо переделки протеза.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у лечащего врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с лечащим врачом и записанному в истории болезни).

Я предупрежден, что во время адаптационного периода протез (ортопедическая конструкция), установленная мне, может вызвать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти, натирание слизистой оболочки губ и щек, нарушение речеобразования и другие дискомфортные явления.

Мне известно, что адаптационный период в среднем может длиться от 1 до 4 недель. При невыполнении рекомендаций ношения ортопедической конструкции возможны различные осложнения.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом, т.к. представления пациентов о протезировании, как правило, не совпадают с реальной действительностью. Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование.

Мне были объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные варианты. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

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

Ф.И.О пациента / _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Ф.И.О врача / _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)