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 21.11.11г «Об охране здоровья граждан РФ», Законом о защите прав потребителей и действующими законодательными актами.

Я, _____,
(Ф.И.О. «Законного представителя» /Пациента)

являясь пациентом ООО «Стоматология Улыбка Тари» согласен (согласна) на проведение ортопедического лечения. Лечение будет выполнять врач-стоматолог-ортопед: _____.

Я получил(а) от врача-стоматолога-ортопеда в доступной для меня форме всю интересующую меня информацию о предстоящем ортопедическом лечение. Лечащий врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил на основании данных диагностики преимущества выбранного метода ортопедического лечения. Я согласен(а), 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 ортопедического лечения необходимо произвести санацию и профессиональную гигиену полости рта в соответствии с рекомендациями лечащего врача.

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 и др. Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования.

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.

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 длится 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.

Мне понятен план, объем и продолжительность рекомендуемого лечения. Я имел (а) возможность обсудить с врачом все вопросы, связанные с лечением, и получил (а) исчерпывающие ответы, разъяснения. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Данный документ прочитан мною лично, условия ИДС мне разъяснены и понятны.

√_____/ _____ *(Подпись / Ф.И.О. гражданина или его законного представителя)*

_____/ _____ *(Подпись / Ф.И.О. врача)* *«____»_____20___г.*

Я даю информированное добровольное согласие по форме и содержанию, подписанного мною ранее, а именно «____» ____ 20____г., НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ, предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь:

Дата	Диагноз (МКБ-10)	Ф.И.О. и подпись лечащего врача	Гарантия, мес.	Подпись пациента/законного представителя