

**информированное добровольное согласие пациента на выполнение
ортопедического лечения зубов**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, №48, ст. 6724;2012, №26, ст. 3442,3446) даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012г. №390(зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. №24082).

Я,
Ф.И.О. _____
проживающий (ая) по адресу _____

Год рождения _____

Согласен с тем, что мое лечение проведет врач - стоматолог _____

(Ф.И.О. врача)

обращаюсь для проведения ортопедического лечения дефектов зубов или (и) зубных рядов.

Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ась) с предлагаемым лечением и мог (ла) отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Подпись пациента _____

Врач обосновал необходимость проведения ортопедического лечения. Я ознакомлен (на) с наиболее рациональным планом протезирования и проведения подготовительных мероприятий.

Меня также познакомили 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 аппарата). Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой 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 обще-соматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, а также соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать

прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза. 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 любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, т.к. полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов, и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

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

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал (а) врача обо всех случаях аллергии и медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Мне были объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные варианты. Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение данного документа. Я даю согласие на медицинское вмешательство и лечение на предложенных условиях.

Претензии к эстетике реставрации, форме и цвету (виниры, вкладки, накладки, мосты, съемные протезы и др.) не имею.

Подпись пациента _____

Разрешаю постоянную фиксацию ортопедической конструкции. Подпись
пациента _____

Пациент _____ («____») _____ 20__ г.
подпись расшифровка дата

Врач _____ («____») _____ 20__ г.
подпись расшифровка дата