

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

На проведение ортопедического лечения (протезирования)

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я {ФамилияИмяОтчество} (ФИО пациента), соглашаюсь с тем, что ортопедическое лечение (протезирование, либо другое медицинское вмешательство: _____)

будет проводить врач-стоматолог {ФамилияИмяОтчествоВрача} и другие врачи ООО «Дентал Групп».

В исключительных случаях (например, болезнь врача, сложная клиническая ситуация) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

Я понимаю, что для достижения оптимального результата необходимо **строго следовать этапам протезирования, а также строго соблюдать сроки плана лечения, прежде чем перейти к следующему этапу**, чтобы уменьшить вероятность поломки ортопедической конструкции. Протезирование является, своего рода, 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, 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 и разрушении твердых тканей зубов. Поэтому, через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных изменений и строго индивидуально для каждого человека, возникает необходимость коррекции, либо повторного протезирования. Я понимаю, что окончательный план протезирования, его сроки и стоимость, определяются только после успешного приживления имплантата(ов). При этом я информирован(а) о других(альтернативных) способах лечения, их преимуществах и недостатках _____

Я понимаю, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает, что приводит к их разрушению. Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами, а также обязуюсь приходить на контрольные осмотры в соответствии с рекомендациями врача.

Я понимаю, что через какое-то время, зависящее от скорости протекания процессов старения, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях, возникающих во время эксплуатации протезов (особенно при увеличении нагрузки), в т.ч. переломах протезов, образовании трещин, сколов облицовочного материала, изменение цвета, стирании зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах и др. Я понимаю, что привыкание к съёмному протезу происходит только при условии ношения этого протеза. В ряде случаев привыкания к съёмному протезу может и не произойти.

Я согласен, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным результатом.

Я понимаю, что, никто не может гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом. Я также понимаю, что при отсутствии зубов при ношении съёмного протеза кость неизбежно истончается.

Меня ознакомили с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования, с возможными альтернативными вариантами протезирования.

Я ознакомлен(а) с тем, что, в процессе протезирования для достижения оптимального эстетического и функционального результатов возможно избирательное пришлифовывание (или даже покрытие коронкой) соседних зубов или зубов антагонистов. Как правило, окончательное решение принимается только после тщательного изучения диагностических моделей челюстей. В случае отказа от данной манипуляции, доктор не может гарантировать успех протезирования и оптимальный эстетический результат.

На протезирование съёмными конструкциями, в т.ч. и на имплантатах, гарантия один год с момента установки конструкции в полость рта, если иного не установлено врачом соответствующей записью в медицинской карте. Если протезирование съёмным протезом проводилось впервые, то через 6 месяцев после сдачи конструкции показано проведение перебазировки для компенсации атрофии альвеолярного гребня.

На протезирование несъёмными цельнометаллическими, цельнокерамическими или металлокерамическими конструкциями (виниры, вкладки, коронки, мостовидные протезы и т.д.) гарантия 1 год с момента установки конструкции в полость рта, если иного не установлено врачом соответствующей записью в медицинской карте.

На несъёмные конструкции с опорой на имплантаты (коронки, мостовидные протезы) гарантия один год с момента установки конструкции в полость рта (с момента фиксации на постоянный цемент), если иного не установлено врачом соответствующей записью в медицинской карте. Гарантия на простые временные коронки составляет 2 недели. Гарантия на коронки длительного ношения – 6 месяцев, после чего их необходимо заменить на постоянные. При протезировании на зубах, леченных ранее вне клиники, при отказе от лечения или перелечивания корневых каналов (первичного или повторного эндодонтического лечения), гарантия распространяется только на ортопедическую конструкцию и клиника не несет ответственности за состояние опорных зубов. В случае появления или обострения воспаления около корня(ей), перелома корня(ей) или коронки(ок) опорного(ых) зуба(ов), снятие ортопедической конструкции, лечение или удаление опорного зуба(ов), переделка ортопедической конструкции осуществляется согласно прейскуранту (является новой платной услугой). При протезировании на имплантатах, установленных вне клиники, гарантия распространяется только на ортопедическую конструкцию и клиника не несет ответственности за срок службы имплантата. При протезировании на витальных зубах необходима явка на осмотр в течение 2 недель с момента протезирования, в случае неявки на прием гарантия на этот вид протезирования не распространяется. При протезировании на имплантатах обязательная явка на прием – через 1 месяц. Соблюдение рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта является обязательным условием для сохранения гарантии. В случае невыполнения рекомендаций гарантия не сохраняется.

Оплата ортопедического лечения (зубного протезирования) производится после снятия слепков. Требование по изменению цвета, формы и вида изделия после его фиксирования в полости рта является новой платной услугой. Я понимаю, что необходимо строго следовать указаниям врача, если пациент не найдет возможности лежать неподвижно и будет шевелиться, дергаться или глотать без предупреждения, возможно повреждение тканей лица или шеи инструментами, в том числе с последующим образованием рубцов. Я понимаю, что в процессе стоматологического лечения возможны травмы, порезы повреждения лица и мягких тканей. Иногда могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих в стоматологической клинике, и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь гарантии. Я знаю, что имею право отказаться от предложенного лечения на любом этапе его осуществления. В то же время, мне разъяснены все возможные последствия этого шага при имеющемся заболевании и его возможном прогрессировании при незавершенном лечении. В этом случае я не буду иметь никаких претензий к стоматологической клинике.

Я понимаю, что в процессе оказания мне услуг возможны различные ситуации, предвидеть которые в момент получения информированного согласия невозможно, и признаю право лечебного учреждения выходить из этих ситуаций по своему усмотрению, даже если это связано с неудобствами для меня, но не повредит при этом моему здоровью (перенос приема из-за отключения электроэнергии, замена одного доктора другим в случае болезни первого и т.д.).

Возможные негативные последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения:

- прогрессирование заболевания;
 - развитие инфекционных осложнений;
 - появление, либо нарастание болевых ощущений;
 - потеря зуба (зубов);
 - системные проявления, включая нарушения в височнонижнечелюстных суставах и позвоночнике
-
-
-
-
-

при ортопедическом приёме и после него возможны следующие осложнения:

- под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции;

- после одонтопрепарирования зуба может возникнуть повышенная чувствительность ко всем температурным и химическим раздражителям и развиться пульпит - потребуется лечение каналов зуба (удаление нерва);
- рецессия участка десны, формирование зубодесневого кармана;
- разрушение культи зуба, перелом культи зуба;
- атрофия альвеолярного гребня;
- плохая фиксация пластинчатых съёмных протезов при выраженной атрофии альвеолярных гребней;
- отёки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен;
- появление натёртостей при съёмном протезировании;
- рвотный рефлекс;
- ухудшение эстетического эффекта протезирования из-за отказа удалять зубы;
- аллергическая реакция на материалы протезов;
- изменение дикции, вкусовых ощущений, а также характера слюноотделения;
- переломы и сколы различных видов съёмных протезов;
- возможная необходимость перебазирования съёмного протеза из-за атрофии альвеолярного гребня после удаления зубов;
- асфиксия во время сна в случае не снятия полных съёмных пластинчатых протезов перед сном;
- травматизация слизистой оболочки рта;
- плохая фиксация и стабилизация протезов;
- сколы облицовки постоянных протезов из-за неправильного использования;
- расцементировка при постоянной или временной фиксации;
- возможное изменение плана протезирования и, как следствие, стоимости работ при несостоятельности опорных зубов или при изменении пожеланий пациента;
- появление запаха изо рта и образование налёта на пластинчатых, бюгельных и эластичных протезах из-за несоблюдения пациентом гигиены полости рта и рекомендаций врача;
- изменение сроков протезирования и(или) плана лечения (стоимости и сроков);
- при наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта

Я понимаю, что реакция каждого организма, и моего тоже, на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения возможны. Я ознакомлен(а) с тем, какие могут возникнуть осложнения:

осложнения в случае отсутствия лечения или невыполнения этапов и сроков рекомендованного плана лечения:

- прогрессирование зубоальвеолярных деформаций,
- дальнейшее снижение эффективности жевания,
- ухудшение эстетики, нарушение функции речи,
- прогрессирование заболеваний пародонта,
- быстрая утрата зубов остаточного прикуса,
- заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава,
- общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, неврологическая патология
- затруднения при глотании,
- дискомфорт со стороны языка,

Я понимаю, что, если я не буду носить съёмный протез при выборе съёмного протезирования, даже на одной из челюстей, привыкания к протезу не произойдёт, кроме того также возможно отторжение имплантатов, в случае использования имплантатов (миниимплантатов) в качестве опоры для протезирования.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу.

Я соглашаюсь на проведение рентгенологических исследований в процессе лечения и после него и предоставляю лечащему врачу выбор метода, количество и временные сроки для исследований.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего состояния.

Необходимые условия для осуществления гарантии и достижения положительного результата лечения:

- точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача,
- последовательное выполнение пациентом **всех этапов и сроков** стоматологического лечения, рекомендованных врачом.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма;
 - консультация стоматолога(ов) и(или) специалистов иного профиля:
-

Мне названы и со мной согласованы:

- количество коронок, ортопедических конструкции, особенности конструкций, материал, из которого изготовлены коронки(конструкции), особенности подготовки опорных зубов или имплантации, применяемые лекарственные средства, технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- этапы и сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом 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, вплоть до отказа от имплантации и дальнейшего лечения.

Дополнительно: _____

Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения. *Я удостоверяю, что мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют.*

Вариант 1.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях. Экземпляр договора мною получен.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Пациент _____ (подпись пациента)
_____ (ФИО пациента) {ТекущаяДатаПолная} г

Врач _____ ({ФамилияИмяОтчествоВрача}) {ТекущаяДатаПолная} г

Вариант 2.

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Пациент _____ (подпись пациента)
_____ (ФИО пациента) {ТекущаяДатаПолная} г

Врач _____ ({ФамилияИмяОтчествоВрача}) {ТекущаяДатаПолная} г