

# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. пациента (законного представителя пациента)

понимаю, что этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (-лась) с предлагаемым лечением и мог (-ла) либо отказаться от него, либо дать своё согласие на проведение данного лечения.

Доктор \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. врача) поставил диагноз

и обосновал необходимость проведения ортопедического лечения.

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 моём случае будут иметь меньший клинический успех. Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть:

- перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведённого эндодонтического 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;
- нейропатология.

Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строго соблюдения сроков, которые необходимо выдержать прежде чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в организм и, как любая медицинская операция, 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, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Мне понятно, что через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных (регенеративных, репаративных) процессов, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции либо переделки протеза. Я понимаю необходимость регулярных осмотров у доктора и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговорённому с доктором и записанному в медицинской карте). Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приёме анальгетиков и антибиотиков. Я сообщил(а) точные данные о своем физическом и душевном здоровье. Кроме того, я сообщил(а) о всех, имеющих место аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль; болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья. Мне в доступной форме объяснено, что 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.

Понимая сущность предложенного мне лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата с действительным результатом.

Я понимаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование.

Мне были объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные варианты.

Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемым приложением к моей медицинской карте и договору об оказании возмездных стоматологических услуг.

Подпись врача

Подпись пациента

(законного представителя пациента)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Дата подписания документа

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ ) 20 \_\_\_\_ г.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ ) 20 \_\_\_\_ г.