

**Общество с ограниченной ответственностью «Стом-Дарт-Плюс»
(ООО «Стом-Дарт-Плюс»)**

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
на лечение методом микропротезирования**

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я даю согласие с названными мне условиями проведения лечения. Подписание данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я _____ « ____ » _____ г. р.
(фамилия, имя, отчество пациента) (дата рождения)

полностью соглашаюсь с тем, что проведение стоматологического лечения кариеса методом реставрации или микропротезирования в ООО «Стом-Дарт-Плюс» будет проводить медицинский работник:

_____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Мне сообщена в доступной для меня форме, разъяснена врачом и понятна следующая информация: цели, методы оказания медицинской процедуры, связанный с ней риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания данного медицинского вмешательства

Я проинформирован(а) моим лечащим врачом о поставленном диагнозе:

_____ (диагноз)

и необходимости лечения зубов _____

в соответствии с рекомендованным планом лечения.

Меня проинформировали:

- о сути лечения – это высокоэффективный метод реставрации зубов, независимо от степени разрушения. Микропротез представляет собой индивидуальную пломбу, по форме и цвету максимально приближенную к настоящему зубу.

- о том, что лечение методом микропротезирования заключается в удалении инфицированных твердых тканей зуба и последующим замещением дефекта одним из видов микропротезов, который изготавливается в зуботехнической лаборатории по слепку, сделанному врачом. Микропротезы, которые специалисты изготавливают в специальной зуботехнической лаборатории из разнообразных керамических составов, иначе называемых композитивами. Они закрепляются в зубной полости при помощи жидких светоотверждаемых пломбирочных материалов.

– что микропротезирование - это промежуточное положение между пломбированием и протезированием, так как этот метод вбирает в себя некоторые элементы этих двух стоматологических процедур, а также заменяет в некоторых случаях некорректное традиционное пломбирование. С помощью микропротезирования можно качественно и быстро восстановить функции зубного ряда, в том случае если имеются незначительные дефекты зубного ряда.

- о способах микропротезирования:

- адгезивное протезирование;

- протезирование с помощью накладок;

- протезирование с помощью виниров;

- протезирование с помощью вкладок.

- что в процессе лечения рекомендуется индивидуальный план лечения, допускается уточнение диагноза, допускается коррекция намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем врач уведомляет пациента о том, что кариозное поражение, которое кажется небольшим на поверхности эмали зуба, может оказаться значительным внутри. Это повлечет за собой большую площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей) а также объем его восстановления (микропротезирования). В этом случае необходимо будет провести эндодонтическое лечение зуба, что приведет к увеличению стоимости лечения;

- о возможных альтернативных вариантах, а именно: удаление пораженного зуба (пораженных зубов), при наличии противопоказаний для лечения;

- о возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния организма и др.

Мне сообщено и понятно, что для лечения могут понадобиться дополнительные обследования, о чем меня уведомит врач, а именно:

- консультация у врача/ей-стоматолога/ов иного профиля;

- проведение обследования на аллергические реакции на используемые материалы;

- рентгенологические обследования.

Мною получены:

- информация о технологиях, методах и материалах, которые будут использованы в процессе лечения; о сроках проведения лечения; о стоимости отдельных процедур (этапов) и лечения в целом; о том, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупреждает о повышении стоимости и обосновывает это. Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет необходим

Меня информировали о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после лечения.

Меня проинформировали:

- об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений.
- что в ряде конкретных случаев медицинское вмешательство без анестезии невозможно. Альтернативой является отказ от лечения;
- о возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; перелом зуба; прогрессирование зубоальвеолярных деформаций; прогрессирование заболеваний пародонта; потеря зуба/ов; нарушение общего состояния организма и др;
- о возможных последствиях приема анальгетиков и антибиотиков, а именно: аллергические реакции; изменение витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
- о возможных осложнениях в процессе лечения, а именно: вскрытие полости зуба с необходимостью проведения эндодонтического лечения; увеличение объема препарирования и реставрации в связи с выявлением скрытых кариозных дефектов;
- о возможных осложнениях при снятии оттисков, а именно: проглатывание или вдыхание оттискных масс, микротравма слизистой оболочки полости рта;
- о возможных осложнениях после лечения, а именно: возникновение самопроизвольных болей от термических раздражителей или при накусывании на реставрацию, в результате чего может потребоваться замена реставрации или эндодонтическое лечение зуба; воспаление десны вокруг зуба;
- о возможности возникновения новых кариозных полостей на поверхностях зуба, ранее не подвергавшихся лечению, что не связано с выполненной реставрацией.

Я понимаю, что соблюдение технологии не всегда позволяет избежать воспалительных процессов в зубе из-за индивидуальных особенностей течения воспалительного процесса и состояния здоровья зуба.

Я обязуюсь, понимая сложность предстоящего лечения, приходить на контрольные осмотры, следить за гигиеной полости рта, выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

Я согласен/а, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Я поставил/а в известность лечащего врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мной и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях; о принимаемых лекарственных средствах.

Мною получена полная информация о гарантийном сроке, действующем в ООО «Стом-Дарт-Плюс» на стоматологические услуги, и я ознакомлен/а с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован/а настоящим документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мне сообщено и понятно, что одним из критериев эффективности оказания медицинских услуг является результат проведенного лечения, подтвержденный фотографиями и рентгенограммами до, после и в процессе лечения в соответствии с согласованным планом лечения. Я даю согласие на фотографирование моего лица и зубных рядов при оказании мне медицинских услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью клиники.

Я даю согласие что в исключительных случаях (болезнь врача, отпуск, увольнение и т.п.) клиника может заменить врача, уведомив меня об этом лично либо по телефону и получив мое согласие.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

Я внимательно ознакомился/ась и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____ / «__» _____ 202__ г.
(подпись пациента) (расшифровка подписи)

Беседу провел врач: _____ / _____ / «__» _____ 202__ г.
(подпись врача) (расшифровка подписи)