

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

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
на ортопедическое лечение**

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.
полностью соглашаюсь с тем, что проведение ортопедического лечения в ООО «Стом-Дарт-Плюс» будет проводить
медицинский работник: _____

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

_____ и необходимости лечения в соответствии с рекомендованным планом лечения.

Врач рекомендовал мне выбрать следующую ортопедическую конструкцию:

Врач объяснил мне, что целью ортопедического лечения является полное (или достаточное) восстановление эффективности зубочелюстной системы искусственными конструкциями; восстановление жевательной функции отдельных зубов, зубных рядов; нормализация смыкания зубов; профилактика дальнейшего нарушения функции жевательного аппарата; восстановление функций речи и глотания; лечение и профилактика функциональной перегрузки височно – нижнечелюстных суставов; устранение эстетических недостатков зубочелюстной системы.

Врач подробно и доступно объяснил мне, что для покрытия зубов ортопедическими конструкциями проводится процедура их механического препарирования (снятия слоя твердых тканей зубов), которая является необратимой. С использованием специального слепочного материала снимается оттиск зубов и изготавливаются модели челюстей. Модель передается в техническую лабораторию. В следующие посещения, кратность которых зависит от сложности и объема работы, последовательно производится: примерка искусственных конструкций, подбор цвета, фиксация на временный (по показаниям) или постоянный цемент. Для восстановления зубов (зубных рядов) искусственными ортопедическими конструкциями по абсолютным медицинским показаниям может потребоваться депульпирование- удаление нерва из интактного(здорового) зуба в случаях: - изменения положения опорного зуба или зуба антагониста (выраженный наклон, выдвижение), - близкого расположении пульпы(нерва) к эмали в силу индивидуальных анатомических особенностей.

Меня информировали: - с наиболее *рациональным планом проведения* подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования;

- что перед началом курса ортопедического лечения необходимо произвести санацию и профессиональную гигиену полости рта в соответствии с рекомендациями лечащего врача;

- с *возможными альтернативными* вариантами протезирования, которые, в моём случае, будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа);

- с *последствиями отказа от протезирования*: 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, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта и нервной системы.

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

Меня проинформировали, 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.

Мне подробно и понятно разъяснили:

- что предложенное протезирование поможет мне сохранить моё стоматологическое здоровье, тем не менее, протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм, а 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 твёрдой 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;

- что в качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые или качественно подготовленные (пролеченные) зубы и ткани пародонта;

- что в случаях, когда в качестве опоры протеза используется зуб с некачественно пломбированными корневыми каналами, с очагами деструкции в области верхушки корня, с заболеванием пародонта и другими отклонениями от стандарта (которые не удалось устранить в процессе лечения), – возрастает риск обострения заболевания зуба и ухудшения его состояния, и в результате это может привести к удалению зуба, и нарушению целостности зубного протеза.

Меня предупредили:-- о возможных осложнениях при приеме лекарственных средств, антибиотиков и анальгетиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов;

- о необходимости проведения рентгенологического контроля во время лечения;

- о необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям;

- что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировки прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи.

Меня информировали о возможных осложнениях, - возникающих во время эксплуатации протезов (особенно при увеличении нагрузки), в том числе возникновении переломов протезов, трещин, отколов облицовочного материала, изменения цвета, стирания зубов антагонистов, возникновении участков повышенной окклюзии, обострении хронических процессов в опорных зубах и др.;

- 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;

- что при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушения функции речи, жевания, глотания, поломки протеза.

Мне разъяснено, что в случае изготовления бюгельного протеза на телескопической фиксации с использованием вторичных телескопических колпачков, необходимо производить платную замену вторичных гальванических колпачков в связи со снижением качества фиксации из-за физического износа фрикционных частей. Такую замену необходимо производить один раз в 2 года в том случае, если первичная (несъёмная) часть изготовлена из сплавов драгоценных металлов. В случае изготовления первичного колпачка из неблагородных сплавов, которые отличаются повышенной твёрдостью, физический износ гальванического колпачка происходит быстрее.

Я понимаю и соглашаюсь, и что при установленном в стоматологической клинике гарантийном сроке на каждый из видов протезов, никто не может гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом. В случае нарушения целостности ортопедической конструкции в связи с удалением опорных зубов под протезом повторное ортопедическое лечение оплачивается в общем порядке.

- понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима;

- 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 длиться от 1 до 4 недель. При невыполнении рекомендаций ношения ортопедической конструкции и несвоевременном обращении с жалобой к лечащему врачу деньги за реконструкцию, к которой я не смог привыкнуть, не возвращаются.

Мною получена 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.

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.

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 лишюсь права на гарантию.

Я поставил/а в известность лечащего врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии, пыльцы цветов; обо всех перенесенных мной и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, анестезиологических пособиях.

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)