

# Информированное добровольное согласие пациента на ортопедическое лечение

## Приложение

ООО «Стоматолог» г. Пятигорск

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Мне \_\_\_\_\_ врач \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан: ребенок или лицо, признанное недееспособным**

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

\_\_\_\_\_  
законным представителем, которого является (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**)  
года рождения, проживающий(ая) по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
сообщил, что показано ортопедическое лечение, включающее подготовку полости рта к протезированию, санацию полости рта, лечение заболеваний пародонта, при необходимости ортодонтическое лечение.

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

2. Я ознакомлен(а) с планом протезирования и проведения подготовительных мероприятий. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования. Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов, заболеваний жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические, заболевания желудочно-кишечного тракта и нервной системы.

3. Доктор 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.

4. Хотя предложенное лечение поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм. Понимая сущность ортопедического лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения, но я также понимаю, что мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, качественное проведение всех медицинских манипуляций, применение сертифицированных, качественных материалов.

5. Я понимаю, что зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается возрастным изменениям (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в обнажении корней зуба, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, зависящее от скорости протекания процессов старения, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

6. Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта; анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная

аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи. При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта. При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств может возникнуть затрудненная адаптация к протезам, чувство тошноты, нарушение функций речи, жевания, глотания, поломки протезов. Меня предупредили, что в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

7. Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков и др. Я проинформировал доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

8. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному лечению.

9. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все вопросы я получил(а) ответы в доступной для меня форме.

10. Мне разъяснили и мне понятно предлагаемое лечение, и я согласен с ним. Кроме того, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, обговоренному с доктором.

11. Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что оно является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента

(законного представителя) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/ Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.