

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство Ортопедическое лечение

г. Бердянск

{ТекущаяДата} г.

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

Я, {ФамилияИмяОтчество}, получил(а) от своего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого лечения.

Я выбираю следующую конструкцию протеза (вид конструкции):

Одиночные коронки _____

Мостовидные протезы _____

Протезирование на имплантах _____

Бюгельный протез _____

Частичный съемный протез _____

Полный съемный протез _____

1. Выбирая данную конструкцию протеза, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и недостатки, и возможные неудобства при пользовании протезом, которые будут бесплатно устранены только в период гарантийного срока.
2. Я соглашаюсь с тем, что при съемном протезировании протезы зубов не фиксируются постоянно в полости рта, возможность извлечения (снятия) протеза из ротовой полости и его нахождение вне ротовой полости может приводить к повреждению протеза, требует специального ухода за протезом (указывается дополнительно в Памятке).
3. Я соглашаюсь с тем, что при использовании съемных протезов возможны дискомфортные ощущения в ротовой полости, привыкание к которым требует времени и, при необходимости, процедур коррекции.
4. Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба, при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболевания пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.
5. Я соглашаюсь с тем, что при протезировании есть необходимость obtачивания зубов (препарирования эмали тонким слоем) для установки коронок на опорные зубы, виниров, вкладок, креплений систем фиксации съемного протезирования.
6. Я соглашаюсь с тем, что при витальном протезировании (сохранении нерва и пульпы зубов) в дальнейшем в редких случаях возможно возникновение боли в obtоченном зубе (возникновение пульпита). Обычно пульпит возникает на этапе временных коронок, в таком случае приходится проводить депульпирование зуба за дополнительную плату; повышенной чувствительности (болевого синдрома небольшой интенсивности) в указанных зубах. Данная ситуация может сохраняться длительное время и, при моей непереносимости возникшей повышенной чувствительности, может потребоваться снятие ортопедической конструкции и депульпирования зуба(ов).
7. Я соглашаюсь с тем, что при сохранении пульпы зуба(ов) и возникновении в будущем вышеуказанных явлений, единственным способом устранения которых является снятие ортопедической конструкции с данных зубов и их депульпировании. При этом ортопедическая конструкция будет неустранимо нарушена и потребует изготовления новой конструкции, что требует дополнительной оплаты.
8. Я понимаю необходимость строго следовать этапам протезирования и соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.
9. Мне понятно, 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, и это может приводить 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.
10. Я знаю, что в качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые или качественно приготовленные (пролеченные) зубы и ткани пародонта, а также извещен(а) о необходимости рентгенологического исследования.
11. Я понимаю, что если я настаиваю на использовании в качестве опоры протеза зубов с некачественными пломбированными корневыми каналами, с очагами деструкции в области верхушки корня, с заболеванием пародонта и другими отклонениями от нормы (которые не удалось устранить в процессе лечения), то возрастает риск обострения заболевания зуба и ухудшения его состояния, что может привести к удалению зуба и зубного протеза и снижению гарантийного срока на протезирование.
12. Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.
13. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраниться в течение нескольких дней и дольше.
14. Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных и наркотических веществ.
15. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к применяемым при протезировании материалам и лекарственным средствам в прошлом в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.
16. Мне понятно, что существует вероятность возникновения непереносимости (аллергической реакции) на материалы, используемые при протезировании (пластмасса, металл и прочие составляющие применяемых при протезировании материалов). Поэтому при возникновении аллергической реакции и невозможности пользования протезами и их снятии, я соглашаюсь считать медицинские услуги по протезированию зубов выполненными надлежащего качества, при этом стоимость оказанных услуг не возвращается.
17. Я соглашаюсь с тем, что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятие оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи.

18. Я соглашаюсь с тем, что во время эксплуатации надлежащим образом изготовленных и установленных протезов (особенно при пережевывании и откусывании с силой), есть вероятность возникновения переломов протезов, трещин и отколов облицовочного материала, изменение цвета, стирание зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах и др.
19. Я соглашаюсь с тем, что при наличии патологии височно – нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, поломки протеза.
20. Я соглашаюсь с тем, что при протезировании с использованием бюгельного протеза на опорных зубах будут видны фиксирующие элементы (замки, кламера).
21. Я соглашаюсь с тем, что невозможно гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом.
22. Я соглашаюсь с тем, что при использовании протезов возможны дискомфортные ощущения в ротовой полости, привыкание к которым требует времени и, при необходимости, процедур коррекции. Я соглашаюсь с тем, что в редких случаях, даже после неоднократных коррекций протезов, возможна ситуация, когда пациенту не удастся привыкнуть к протезам вследствие возникновения субъективных дискомфортных ощущений во время пользования протезами, поэтому соглашаюсь с тем, что возникновение непривыкания к протезам не является существенным недостатком протезирования, так как основано на субъективных ощущениях взаимодействия слизистой и органов ротовой полости с инородным материалом, независимых от способов и материалов протезирования.
23. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.
24. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.
25. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.
26. Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на эндодонтическое лечение и пломбирование корневых каналов и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию. Я соглашаюсь с тем, что при перечислении каналов корней зуба (повторное эндодонтическое лечение) гарантийные обязательства (гарантийный срок и срок службы) на услуги по эндодонтическому лечению, равно как и на услуги по протезированию с опорой на перелеченный зуб, устанавливаются равными каждый 1 неделе.
27. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения и вероятность возникновения нежелательных явления и осложнений. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно- эпидемиологического режима.
28. Я получил(а) полную информацию о гарантийных обязательствах на ортопедическое лечение и зубные протезы, об условиях предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь прав на гарантию.
29. Я понимаю, что условием для осуществления гарантии является точное соблюдение и выполнение всех предписаний и рекомендаций врача, а также профилактических осмотров два раза в год.
30. Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.
31. Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании без указания имени и фамилии, фотографии моих зубов (без лица) и полости рта в научных и учебных целях, для оценки качества протезирования, публикации на сайте клиники, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.
32. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.
33. Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения ортопедического лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента

Подпись врача

_____ / {ФамилияИО} /

_____ / {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}