

Информированное добровольное согласие на предварительный план лечения

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 предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, {ФамилияИмяОтчество}, проинформирован(а) о поставленном диагнозе _____

Я получила(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения.

Я понимаю, что результатом протезирования является установка искусственных зубов вместо утраченных для обеспечения жевания пищи и эстетической целостности зубных рядов.

Я выбираю следующую конструкцию протеза (вид конструкции):

Одиночные коронки _____

Мостовидные протезы _____

Протезирование на имплантах _____

Бюгельный протез _____

Частичный съемный протез _____

Полный съемный протез _____

1. Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и планом самого протезирования, с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые, в моем случае, будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа).
2. Я имел(а) возможность задать вопросы и получил(а) на них ответы. Понимаю, что план может быть скорректирован по мере изменения моего состояния или новых медицинских данных. Даю согласие на выполнение процедур добровольно и осознанно.
3. Я соглашаюсь с тем, что для опоры протеза необходимо провести перелечивание (для наиболее полного устранения патогенной микрофлоры из канала необходимо его повторно препарировать на всем протяжении, тщательно обработав стенки канала зуба, «высверливая» при этом предыдущую пломбировку каналов зуба) и пломбирование корней зубов.
4. Я понимаю и принимаю, что при перелечивании каналов зуба положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения вообще.
5. Я соглашаюсь с тем, что для опоры протеза необходимо провести депульпирование (удаление нервов, при этом зуб становится неживым, но успешно выполняет функцию опоры протеза) и пломбирование корней зубов.
6. Я соглашаюсь с тем, что при витальном протезировании (сохранении нерва и пульпы зубов) в дальнейшем в редких случаях возможно возникновение: боли в обточенном 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 потребуются изготовление новой конструкции, что требует дополнительной оплаты.

Подпись пациента

Подпись врача

_____ / {ФамилияИО} /

_____ / {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}