

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
"___" _____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

<p>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан</p> <p>Я, _____ Паспорт: _____, выдан _____</p> <p>являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — <u>нужное подчеркнуть</u>) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю: _____ (ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)</p>
--

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач стоматолог- _____ (далее по тексту-врач):

(ФИО врача)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата за медицинское вмешательство производится в день проведения по прейскуранту Клиники.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

№	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1			

Врач обосновал необходимость проведения мне (представляемому) ортопедического лечения.

Я информирован(а) что ортопедическое лечение – это сложные и многоэтапный комплекс мероприятий, направленный на нормализацию функционального и эстетического состояния всей зубочелюстно-лицевой системы, длительностью от нескольких месяцев до года и более, исходя из клинической ситуации.

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом ортопедического лечения.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения.

Мне разъяснено, что целью ортопедического лечения является долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическая реабилитация.

Мне разъяснено, что последствиями отказа от ортопедического лечения могут быть:

- перелом зуба при отказе покрыть зуб коронкой после эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций;
- прогрессирование заболеваний пародонта;
- дальнейшее снижение эффективности жевания;
- ухудшение эстетики;
- быстрая утрата оставшихся зубов;
- нарушение речи;
- заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава;
- общие заболевания желудочно-кишечного тракта и нервной системы.

Я осознаю, что выбор мною неоптимального плана лечения и протезирования, изменение сроков и последовательности этапов комплексного стоматологического лечения отрицательно повлияют на итоговый результат лечения, протезирования и их отдаленный прогноз.

Меня ознакомили 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 дальнейшего разрушения зубов).

Я понимаю, что в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения, допустима коррекция намеченного плана и технологий лечения, о чем меня предварительно уведомит врач.

Я проинформирован(а) о возможных сопутствующих проявлениях:

- при анестезии, обработке зубов, снятии оттисков, корректировке прикуса возможны онемение языка, губ, индивидуальные аллергические реакции, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов;
- при наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, онемение языка и губ, болезненность, покраснение и

отечность слизистой оболочки полости рта;

- при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушения функций речи, жевания, глотания, поломки протезов.

Меня предупредили, что в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

Я предупрежден(а), что во время адаптационного периода протез (ортопедическая конструкция) может вызвать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти, натирание слизистой оболочки губ и щек, нарушение речи и другие дискомфортные ощущения.

Мне разъяснено, и я понимаю, что зубочелюстная система в течение жизни подвергается возрастным изменениям (как при наличии протеза, так и без него), которые проявляются в атрофии десны, атрофии костной ткани, стираемости поверхности зубов, что влечет за собой необходимость коррекции конструкции протеза или его переделку. Время коррекции или переделки протеза зависит от скорости изменений в полости рта конкретного человека.

Я понимаю, что:

- для постановки точного диагноза и проведения эффективного лечения может потребоваться дополнительное обследование и рентгенологический контроль качества лечения; консультация врачей стоматологов иного профиля; консультация врача общего медицинского профиля;
- условием эффективного лечения является выполнение мною (представляемым) плана лечения, плана индивидуальных профилактических мероприятий и соблюдение всех рекомендаций и назначений врача.

Мне разъяснено, что в процессе манипуляции несовершеннолетнему пациенту, а также пациенту, страдающему расстройством аутистического спектра, возможны: приступы агрессии/паники, громкий крик, пациент может нанести вред себе и окружающим, проявить другие нестандартные поведенческие реакции.

В доступной для меня форме мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

Я подтверждаю, что:

Мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении: о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата (в случае назначения), бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантийных сроках.

Мне понятно, и я осознаю, что результат лечения в каждом конкретном случае зависит не только от его качества, но и от реакции организма и общего состояния зубов.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения.

Я даю согласие на фотографирование моего лица (представляемого) и зубных рядов при оказании мне (представляемому) медицинских услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью Клиники.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного, я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

(Ф.И.О. пациента, представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

" ____ " _____ 20__ г. (дата оформления)