

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЗУБОВ БЕЗ ИМПЛАНТАЦИИ**

(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: \_\_\_\_\_

*Этот раздел бланка заполняется только на недееспособных граждан*

Я, \_\_\_\_\_  
Паспорт: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю: \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью, год рождения)

Соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач стоматолог-\_\_\_\_\_  
(далее по тексту - врач).

(должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата производится в день проведения медицинского вмешательства по прейскуранту Клиники.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1			

Протезирование без имплантации – это процедура по восстановлению утраченных или сильно разрушенных зубов. Искусственную конструкцию, которая заменяет собой зуб или его часть, называют протезом.

Мне разъяснено, что протезирование без имплантации представлено несколькими методиками:

- несъемные мостовидные протезы – применяются для замены одного или нескольких зубов;
- бюгельное протезирование – в технологии задействованы съемные частичные протезы;
- адгезивные протезы - применяются для восстановления одного зуба;
- полное съемное протезирование – применяется при отсутствии всего зубного ряда;
- условно- съемные протезы – снимаются при необходимости специалистом, снять их самостоятельно невозможно.

Мне разъяснено, что мостовидные протезы или просто мосты относят к несъемным ортопедическим конструкциям. Они комфортны в использовании, но имеют ряд особенностей: состоят из нескольких коронок, соединенных в единую конструкцию; надеваются на соседние с отсутствующими зубы; подразумевают обточку, то есть повреждение здоровых опорных зубов; не могут применяться для замены более трех зубов, поскольку конструкция может не выдержать нагрузки; не способны обеспечить равномерную жевательную нагрузку, вследствие чего характерна атрофия костной ткани под мостом; коронки выполняются из металла, металлокерамики, металлопластмассы, диоксида циркония и других современных материалов.

Мне разъяснено, что метод бюгельного протезирования оптимален для восстановления одной или нескольких дентальных единиц. Это съемные частичные протезы, они же дуговые. Снять их самостоятельно достаточно сложно, поэтому их относят к условно - съемным. Конструкционно они включают: силовую дугу (бюгель) – основа, к которой крепятся остальные части, выполняется из сплава металлов, отличается высокой прочностью; базис – этот элемент имитирует десну, отвечает за прочность и эстетичный вид конструкции, выполняется из акрила, нейлона и других полимерных материалов; коронки – искусственные зубы из металла, металлокерамики; крепления – элементы, с помощью которых конструкция крепится к опорам. Бюгели отличаются высоким уровнем фиксации, не выпадают во время еды и речи, равномерно распределяют нагрузку на челюсти и предельно комфортны в использовании.

Мне разъяснено, что адгезивные протезы устанавливаются, как правило, без глубокого препарирования собственных опорных зубов. Манипуляция относится к малоинвазивным методам протезирования несъемными конструкциями. Протезная система изготавливается из следующих материалов: фотополимеры, металлокерамика, стекловолокно, стоматологический фарфор. Конструкция адгезивного мостовидного протеза

представляет собой систему, в которую входят искусственный зуб и фиксирующие его элементы. Они располагаются в одну линию и удерживаются на поверхности зубов с помощью клеящего состава.

Мне разъяснено, что при полной адентии используются полные съемные или пластиночные протезы. Они состоят из базиса и коронок. Во рту крепятся с помощью присосок либо фиксирующего крема. Я информирован(а) и мне понятно, что данные изделия во время еды или при разговоре могут двигаться и даже выпадать. Также возможны дефекты дикции и нарушения вкусовых рецепторов.

Мне разъяснено, что условно-съемный протез на имплантах – это ортопедическая конструкция, которая с помощью специальных креплений (мульти-юнит абатментов) соединяется с зубными имплантатами, что гарантирует надежность ее фиксации во рту. Как правило, такие протезы используются при полном отсутствии зубов на верхней или нижней челюстях. При необходимости условно-съемный протез снимается специалистом, снять его самостоятельно невозможно.

Мне разъяснено, что бюгельные зубные протезы имеют ряд противопоказаний: тяжелые заболевания, острые воспаления слизистой, сильная атрофия костной ткани и аллергия на акрил или металл.

Мне разъяснено, что зубные мосты не рекомендуется ставить при курении, сахарном диабете, недостаточной гигиене полости рта, аномалии прикуса и стираемости зубов.

Я понимаю, что для достижения оптимального результата необходимо строго следовать этапам протезирования, а также строго соблюдать сроки плана лечения, прежде чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность поломки ортопедической конструкции.

Мне разъяснено, что протезирование является, своего рода, вмешательством в биологический организм и, как любое медицинское вмешательство, не всегда может обеспечить пожизненное сохранение результата лечения, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, т.к. полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата. Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости и разрушении твердых тканей зубов. Поэтому, через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных изменений и строго индивидуально для каждого человека, возникает необходимость коррекции, либо повторного протезирования.

Я понимаю, 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, что приводит 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.

Я согласен (а), что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным результатом.

Я понимаю, что при определенном сроке гарантии на протезы, никто не может гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом.

Меня ознакомили с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования, с возможными альтернативными вариантами протезирования.

В случае необходимости, я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу. Мне разъяснено, что под влиянием анестезии возможны: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции.

Я соглашаюсь на проведение рентгенологических исследований в процессе лечения и после него и предоставляю лечащему врачу выбор метода, количество и временные сроки для исследований.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования: ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма; консультация стоматолога(ов) и(или) специалистов иного профиля.

Мне разъяснено, что требование по изменению цвета, формы и вида изделия после его фиксирования в полости рта является новой платной услугой.

Мне разъяснено, что в процессе проведения манипуляции 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 (представляемого) здоровья:

(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 в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях, возникающих во время эксплуатации протезов (особенно при увеличении нагрузки), в т.ч. переломов протезов, образовании трещин, сколов облицовочного материала, изменение цвета, стирании зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах и др.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих в стоматологической клинике, и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать.

Мне разъяснены возможные негативные последствия полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я доверяю лечащему врачу и помогающему ему медицинскому персоналу принимать решения, основанные на их профессиональных знаниях, опыте и практических навыках, а также обязуюсь выполнить любые медицинские действия, которые они сочтут необходимыми для улучшения моего (представляемого) состояния.

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

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты.

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.

\_\_\_\_\_  
(ФИО пациента)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО медицинского работника)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

« \_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. (дата оформления)