

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО  
(СЪЕМНЫЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ КОНСТРУКЦИИ)**

(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><i>Этот раздел бланка заполняется только на недееспособных граждан</i></p> <p>Я, _____ Паспорт: _____, _____ выдан _____ являюсь законным представителем лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю: _____ (ФИО полностью, год рождения)</p>
---

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач стоматолог-ортопед \_\_\_\_\_ (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			

Результатом протезирования является установка искусственных зубов, вместо утраченных, для обеспечения жевания пищи и эстетической целостности зубных рядов.

Мне разъяснено, что, выбирая съемную конструкцию протеза, я соглашаюсь на присущие ей вероятные недостатки в виде времени для привыкания к протезам и необходимость периодических коррекций, в том числе перебазировки протеза 1 раз в 6 месяцев, которые даже в период гарантийного срока проводятся за дополнительную плату.

Я информирован (а) о том, что при использовании съемных протезов возможны дискомфортные ощущения в ротовой полости, привыкание к которым требует времени и, при необходимости, процедур коррекции.

Мне разъяснено, что при протезировании с опорой на зубы есть необходимость обтачивания зубов (препарирования эмали) для установки коронок, накладок, виниров, замковых креплений систем фиксации съемного протезирования). Данные манипуляции не входят в стоимость съемного протеза.

Мне разъяснено, что для опоры протеза необходимо провести депульпирование (удаление нервов, при этом зуб становится неживым, но успешно выполняет функцию опоры протеза) и пломбирование каналов зубов.

Мне разъяснено, 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 являться на контрольные осмотры в соответствии с установленным планом лечения.

Мне разъяснено, что у съемных протезов имеется срок эксплуатации (не гарантии!) от 3 до 7 лет при условии идеального выполнения всех врачебных рекомендаций и коррекции протезов не реже 1 раза в 6 месяцев. В процессе эксплуатации при воздействии жевательной нагрузки протезы могут получать трещины, отколы искусственных зубов и пластмассы базиса протеза. Данные случаи не являются гарантийными и устраняются при наличии такой возможности путем починки протеза за дополнительную плату.

Мне разъяснено, что в случае нарушения пациентом врачебных рекомендаций и назначений, неявки на профилактический и контрольный осмотр, отказа или несвоевременного проведения коррекции съемного протеза (перебазировки), активации кламмеров, замены удерживающих матриц, вмешательства в конструкцию протеза самостоятельно или силами третьих лиц все гарантийные обязательства утрачиваются и любые последующие модификации, починки и переделки будет проводиться за дополнительную плату согласно прейскуранту Клиники даже в пределах гарантийного срока.

Я информирован (а), что в качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые или качественно пролеченные зубы и ткани пародонта, а также извещен (а) о необходимости рентгенологического исследования опорных зубов и челюстей.

Мне разъяснено, что в случаях, когда в качестве опоры протеза используется зуб с некачественно пломбированными корневыми каналами, с очагами деструкции в области верхушки корня, с заболеванием пародонта и другими отклонениями от стандарта (которые не удалось устранить в процессе лечения) – возрастает риск обострения заболевания зуба и ухудшения его состояния, что в результате может привести к удалению зуба и нарушению целостности зубного протеза.

Кроме того, мне разъяснено, что при препарировании живых (витальных) зубов под различные виды ортопедических конструкций (коронки, накладки, виниры и др.) возможны следующие исходы: острый пульпит (острая боль), отсроченный – хронический пульпит, который может проявиться позже и также повлечь обострения; вскрытие рога пульпы, термальный или химический ожог пульпы.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций.

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.

Я осведомлен(а) 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 функции глотания, жевания и речи.

Я информирован(а) о том, что в случае изготовления бюгельного протеза на телескопической фиксации с использованием вторичных телескопических колпачков, необходимо производить платную замену вторичных гальванических колпачков в связи со снижением качества фиксации из-за физического износа фрикционных частей. Такую замену необходимо производить один раз в 2 года в том случае, если первичная (несъемная) часть изготовлена из сплавов драгоценных металлов. В случае изготовления первичного колпачка из неблагородных сплавов, которые отличаются повышенной твердостью, физический износ гальванического колпачка происходит быстрее и замена производится не менее 1 раза в год. Замена матриц в составе замкового крепления проводится не реже 1 раза в 6 месяцев. Я информирован (а), что замена колпачков и матриц будет платной.

Я информирован (а), что при протезировании с использованием бюгельного протеза на опорных зубах будут видны фиксирующие элементы (замки).

Мне разъяснено, что последствиями отказа от протезирования могут быть: прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением окружающей кости; перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения; вторичные деформации зубных рядов; снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики и нарушение функции речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата оставшихся зубов; прогрессирующую убыль костной ткани в области отсутствующих и рядом стоящих зубов, что в дальнейшем может потребовать манипуляций по восстановлению костной ткани; повышенная стираемость зубов; нарушение пропорций лица и другие эстетические нарушения или изменения; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейромышечная патология.

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 положительный результат лечения не гарантирован, однако мне (представляемому) гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я уведомлен(а), о возможных конструктивных, эстетических и функциональных особенностях искусственных ортопедических конструкций, не относящихся к существенным недостаткам оказанных услуг и не зависящих от врача и правильности проведенных манипуляций, таких как: застревание пищи; наличие шахт для доступа к винтам; наличие видимых элементов фиксации съемных протезов (замки, кнопки, кламмера) и металлических частей коронок; отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций; отсутствие чувствительности к сжатию зубов; изменение всех видов чувствительности при перекрывании частями протеза слизистой оболочки полости рта; необходимость применения специальных средств для лучшей фиксации съемных протезов; неудобство при жевании; изменение дикции; многократные примерки и коррекции протезов в процессе и после их изготовления, необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата протезирования; раскручивание винта, фиксирующего ортопедическую конструкцию на имплантатах; нарушение фиксации постоянных и временных конструкций; снижение качества фиксации съемного протеза в процессе эксплуатации из-за естественного физического износа элементов фиксации, что потребует активации или замены фиксирующих элементов.

Я уведомлен(а), что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных (возрастных) процессов, возникает необходимость коррекции либо переделки ортопедической конструкции.

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)

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

Я проинформировал (а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня (представляемого) заболеваниях.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и планом самого протезирования, с возможными альтернативными вариантами протезирования, в том числе протезировании несъемными конструкциями и протезированием на имплантатах, которые, в моем случае, будут иметь лучший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа).

Я осведомлен (а), 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.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на ортопедическое лечение и зубные протезы, и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь прав на гарантию.

Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций врача, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии моего (представляемого) здоровья.

Я понимаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ситуации, которые могут потребовать изменения плана лечения, применения дополнительных методов, чтобы получить по возможности лучший результат, поэтому уполномочиваю врача и выбранных им помощников осуществить это.

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)