

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО  
(НЕСЪЕМНЫЕ 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, _____<br/>Паспорт: _____, _____ выдан _____<br/>являюсь законным представителем лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:<br/>_____<br/>(ФИО полностью, год рождения)</p> |
|---|

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить \_\_\_\_\_ - 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 |                     |                          |            |

Ортопедическое лечение несъемными конструкциями (коронки и мостовидные протезы) – это медицинское вмешательство, целью которого является восстановление анатомической целостности зубных рядов путем изготовления зубного протеза, обеспечивающего восстановление анатомической формы зуба с учетом его цвета и оттенков, а также адекватное распределение нагрузки за счет восстановления контактов с зубами-антагонистами.

Мостовидный протез - разновидность несъемных стоматологических протезов, применяется для замещения включенных дефектов зубных рядов. Применяется в случаях, когда разрушено несколько идущих подряд зубов, поэтому такой протез может крепиться на отстоящие друг от друга здоровые зубы или зубные имплантаты.

Коронка стоматологическая - ортопедическая конструкция, покрывающая коронковую часть зуба или имплантата, или отдельно взятую часть поверхности зуба. Используется для восстановления дефектов зубов, которые не подлежат менее инвазивному лечению (пломба, вкладка), для изменения формы, положения (ротация, дистопия) и цвета зубов, а также для покрытия коронковой части зубного имплантата.

Мне разъяснено, что зубные коронки и мосты могут изготавливаться из различных материалов:  
-металлические: сплавы золота, нержавеющей сталь, титановые сплавы, кобальтохромовые сплавы (КХС), серебрянопалладиевые сплавы (СПС);  
- неметаллические: керамические и пластмассовые, в том числе на основе (каркасе) из диоксида циркония;  
- комбинированные (облицованные): металлокерамические и металлопластмассовые.

Мне разъяснена этапность данного вида протезирования:

- Врач делает оттиски для изготовления временных пластмассовых конструкций (они предназначены для создания временного эстетичного эффекта, для предотвращения разрастания десны, для предотвращения микроперемещения зубов, для сохранения окклюзионных контактов между зубными рядами, для комфорта пациента).
- Врач обтачивает зубы по методике, соответствующей выбранной конструкции (виду коронки). Делает оттиск. Определяет правильное соотношение верхних и нижних зубов. Фиксирует временные коронки на временный цемент.
- Оттиски или отлитые модели отправляются в зуботехническую лабораторию, где за несколько лабораторных этапов, чередующихся с примерками в кресле врача стоматолога-ортопеда, изготавливается готовая работа.
- Изготовленные коронки и мосты припасовываются в полости рта, выверяется правильный и удобный для пациента контакт верхних и нижних зубов.

- Иногда готовые коронки и мосты фиксируются в полости рта на временный цемент (для привыкания пациента).
- Коронки фиксируются на постоянный цемент.
  - При протезировании на имплантатах добавляются несколько предварительных этапов:
- Установка трансфера в зубной имплантат и снятие оттиска.
- Трансфер извлекается из полости рта и вкручивается в аналог имплантата, который в свою очередь устанавливается в оттиск и вся конструкция вместе с заранее приобретенным абатментом (наружная часть имплантата) отправляется в зуботехническую лабораторию.
- В зуботехнической лаборатории, за несколько лабораторных этапов, чередующихся с примерками в кресле врача стоматолога-ортопеда, изготавливается готовая работа.
- Готовая работа может иметь как цементную, так и винтовую фиксацию. Отверстия над винтами, в этом случае, могут быть запломбированы.

Мне разъяснено, что в случае, если ранее имплантат(ы) был(и) установлен(ы) в другой клинике, то ни врач, проводящий протезирование зубов на этом(их) имплантате(ах), ни Клиника не могут нести никакой ответственности произведенную ранее имплантацию, так как ни визуально, ни рентгенологически, ни иным способом невозможно обнаружить все возможные дефекты таковой имплантации.

Я информирован(а), что альтернативными методами лечения является восстановление разрушенного зуба пломбами (с укрепляющими штифтами и без), различного вида вкладками и накладками. Возможно восстановление утраченных зубов съемными, условно съемными и комбинированными протезами, а также отсутствие протезирования вообще.

Я информирован (а) что, как на этапах временного протезирования, так и после окончания постоянного протезирования чувствительность зубов (от температурных и химических раздражителей, а также при надкусывании) может быть повышена непродолжительное время, что может быть вызвано реакцией зубов на непривычное распределение жевательного давления, особенно в случае предварительной перестройки прикуса и мышечных рефлексов.

Мне разъяснено, что 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 так же общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Мне разъяснено, что для опоры протеза возможно проведение депульпирования (удаление нервов, при этом зуб становится неживым, но успешно выполняет функцию опоры протеза) и пломбирования корневых 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.

Я информирован (а), 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.

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.

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.

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 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.

Я осведомлен(а), 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.

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.

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.

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:**

Я проинформировал (а) врача обо всех случаях у меня (представляемого) 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.

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 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)

ОБРАЗЕЦ