

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

пациента на проведение ортопедического лечения

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество – полностью)

как законный представитель _____
(Ф.И.О. ребенка, опекаемого – полностью)

получил(а) от своего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении и уполномочиваю врача-стоматолога провести ортопедическое лечение дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей.

Настоящее информированное добровольное согласие содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Я ознакомлен(а) с планом протезирования и проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования и разъяснили о последствиях при отказе от протезирования (перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, а также заболевания желудочно-кишечного тракта и заболевания нервной системы).

Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать, прежде чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Я понимаю, что хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее протезирование является своего рода вмешательством в мой организм, и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования.

Я понимаю, что зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается возрастным изменениям (как при наличии протеза, так и без него), которые проявляются в атрофии костной ткани челюстей, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, зависящее от скорости протекания процессов старения, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в амбулаторной карте стоматологического больного).

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и приеме анальгетиков и антибиотиков, аллергических реакциях.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

“ ” 20 г.
Подпись пациента (закон.представителя) _____ Фамилия (полностью), И.О.

Претензий к конструкции, ее форме и цвету (коронки, виниры, вкладки, накладки, мосты, съемные протезы и др.) не имею. Разрешаю постоянную фиксацию.

“ ” 20 г.
Подпись пациента (закон.представителя) _____ Фамилия (полностью), И.О.