

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, что я согласен (согласна) с названными мне условиями.

1. Я, _____
соглашаюсь с тем, что ортопедическое лечение будет проводиться врачом стоматологом-ортопедом _____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Мне предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом ортопедическом лечении.

2.1 Диагноз: _____

2.2. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования.

Меня также 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 дальнейшее разрушение зубов).

2.3. Я осведомлен(а), что последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, невропатология.

2.4. Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения.

Я проинформирован(а), что 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 функций глотания, жевания и речи. При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.

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

2.5. Я осведомлен(а) о том что срок ортопедического лечения длительный и зависит от сложности клинической ситуации, а также, что срок лечения может измениться в связи с изменением план лечения.

2.6. Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, определенному и согласованному с лечащим врачом. Меня осведомили о негативных последствиях в случае непосещения врача в указанный срок.

2.7. Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

До подписания настоящего согласия я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридически значимым документом и влечет существенные правовые последствия.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях

с « ____ » _____ 20 ____ года по « ____ » _____ 20 ____ года.

Подпись пациента
или законного представителя _____ /

Подпись лечащего врача _____ /

« ____ » _____ 20 ____ г.