Общество с ограниченной ответственностью
“Точная стоматология”
ИНН/КПП: 2310194720/231001001
ОГРН: 1162375039727
Адрес регистрации и осуществления м\деятельности:
350072, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Московская, д. 57/1,
офис. 8
Тел. 8(918)070-70-25; e-mail: Swisskrd07@yandex.ru

ШВЕЙЦАРСКАЯ ЭСТЕТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство протезирование зубов и зубных рядов (ортопедическое лечение)

г.Краснодар «___»_____202____г.

Я,

_____

(Ф.И.О -полностью, контактный телефон)

Являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным

_____

(**Ф.И.О.** ребенка или недееспособного гражданина – **полностью, дата рождения**)

в соответствии и на основании ст.ст 19- 23 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим выражаю свое добровольное информированное согласие на проведение медицинского вмешательства мне\лицу, интересы которого я представляю (не нужное вычеркнуть) в ООО «Точная стоматология» (Далее Исполнитель, либо медицинская организация) **проведение медицинского вмешательства – протезирование зубов и зубных рядов (ортопедическое лечение)**

_____

(указать диагноз, иные характеристики)

Медицинский работник_____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Этот документ подтверждает, что я ознакомился (ознакомилась) и согласен (согласна**)** с предлагаемым планом, сроками и стоимостью оказания ортопедических услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги, а также с альтернативными вариантами лечения.

Доктор после обследования и диагностики обосновал необходимость проведения ортопедического лечения. Я понимаю, что результатом протезирования является установка искусственных зубов вместо разрушенных или утраченных для обеспечения пережёвывания пищи и эстетики, и что протезы не могут быть идентичны собственным зубам и тканям.

Я ознакомлен(а) с необходимостью профессиональной гигиены и санации полости рта перед началом протезирования и с наиболее рациональным планом протезирования. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае могут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа, рецидивы деструктивных процессов в зубах и тканях челюсти). Последствиями отказа от протезирования в моем случае могут быть: прогрессирование кариозного процесса, удаление зуба, развитие осложнений, перелом зуба при отказе от врачебной рекомендации покрытия зуба ортопедической конструкцией, в т.ч. после проведенного эндодонтического лечения, вторичные деформации зубных рядов, снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, повышенная стираемость зубов, заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, невралгии, нейромышечная патология.

Лечащий врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, важность соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также необходимость полного восстановления целостности зубных рядов. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, протезирование является вмешательством в биологический организм и как любая медицинская манипуляция не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов.

Я уведомлен(а), что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных процессов, возникает необходимость коррекции либо переделки ортопедической конструкции. Я уведомлен, что многократные примерки и коррекции протезов в процессе и после их изготовления (необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата протезирования), раскручивание фиксирующего ортопедическую конструкцию на имплантатах винта, нарушение фиксации постоянных и временных конструкций, пришлифовка готовых протезов по прикусу, расцементировка коронок являются конструктивной особенностью ортопедических конструкций и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг. Я уведомлен(а) о необходимости платной перебазировки съемных протезов и замены фиксирующих элементов в процессе их эксплуатации не реже 1 раза в 6 месяцев.

Выбирая искусственную ортопедическую конструкцию, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и функциональные конструктивные особенности использования (ретенция пищи, наличие шахт для

доступа к винтам, наличие видимых элементов фиксации съемных протезов и металлических частей коронок), и возможные неудобства при пользовании протезом (отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций и чувствительности к сжатию зубов, изменение всех видов чувствительности, перекрывание частями протеза слизистой оболочки полости рта, необходимость применения гелей для лучшей фиксации съемных протезов, неудобство жевания и изменение дикции).

Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка ортопедических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно согласно прайсу Исполнителя.

Я уведомлен(а), что для покрытия зубов ортопедическими конструкциями проводится процедура сошлифовывания твердых тканей зуба, которая является необратимой. Я сознаю, что для восстановления зубов (зубных рядов) искусственными ортопедическими конструкциями может потребоваться депульпирование опорного зуба и лечение корневых каналов в нем за дополнительную плату. Присутствие такой рекомендации врача в предварительном плане лечения важно для получения наилучшего результата лечения. Также меня уведомили, что наиболее предпочтительным для здоровья и долгосрочного прогноза является покрытие зубов искусственными ортопедическими конструкциями без предварительного депульпирования. В случае сохранения жизнеспособности пульпы опорного зуба существует риск воспаления пульпы зуба или развитии воспалительного процесса в тканях вокруг корня опорного зуба как в процессе, так и после покрытия зуба ортопедической конструкцией.

Я информирован(а), что в этом случае за дополнительную плату согласно прайсу, будет проведено лечение корневых каналов опорного зуба наиболее рациональным и безопасным способом – прямо через установленную ортопедическую конструкцию либо после ее снятия, что может потребовать необходимость повторного изготовления ортопедической конструкции и повторной ее оплаты. За осложнения, возникшие по причине некачественного лечения зубов в другой клинике, исполнитель ответственности не несет.

Я осведомлена(а), что при наличии патологии височно–нижнечелюстных суставов и других нейромиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, сколов и поломок протеза. Наличие сопутствующих заболеваний и индивидуальных особенностей организма, не позволяющих пациенту полностью адаптироваться к качественно изготовленным ортопедическим конструкциям (например, повышенный рвотный рефлекс), гарантийным случаем не являются и устраняются при наличии такой возможности за отдельную плату.

Я уведомлен(а) о необходимости использования ирригатора и проведения профессиональной гигиены полости рта не реже 1 раза в 6 месяцев и об утрате гарантий при несоблюдении этих рекомендаций и правил пользования ортопедическими конструкциями.

Понимая сущность предложенного протезирования и уникальность собственного организма, я уведомлен, что итоговый результат протезирования может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные протезы зубов эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций, особенно при различном освещении. Я осознаю риск, связанный с применением анестезии и медицинских препаратов, которые могут вызвать нарушение сознания и дыхания, дисфункцию мышц, судороги, сердцебиение, коллапс, повышение АД, отек и воспаление в месте инъекции, аллергию, кровотечение, гематомы, некроз тканей, потерю чувствительности языка, губ, неба, кожи лица и шеи. Высокий процент успешности проведения ортопедического лечения (более 90%) не исключает определенный процент (около 10%) неудач ортопедического лечения, что может потребовать проведения коррекции или полной переделки ортопедической конструкции за счет пациента. Я понимаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех медицинских терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана протезирования в процессе оказания медицинских услуг.

Я предупрежден(а) и понимаю, что несмотря на то, что протезирование зубов и зубных рядов (ортопедическое лечение) имеет высокий процент клинического успеха, ввиду специфики медицинской деятельности, индивидуальных особенностей организма в целом, которые присутствуют у каждого человека, а также в связи с тем, что действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, невозможно предоставить мне (представляемому) стопроцентной гарантии положительного результата даже при идеальном выполнении всех этапов процедуры.

Я осознаю, что даже при качественном оказании медицинской помощи, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в полном\частичном выздоровлении, устранении дефекта, восстановлении, улучшении внешнего вида, функции так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

Пациент (Представитель)_____

Мне объяснили значение схемы нумерации зубов и всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе и имеющих отношение к моему лечению.
Я подтверждаю, что имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение и даю добровольное информированное согласие на проведение мне в ООО **«**Точная стоматология**»** **протезирование зубов и зубных рядов (ортопедическое лечение)**
_____
Я понимаю, что факт моего согласия на медицинское вмешательство влечет соответствующие юридические последствия. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.
Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения, в спокойном состоянии, не под влиянием аффекта.
Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 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)
_____ Лечащим врачом.
(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)
Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства, о чём расписывается собственноручно._____ _____ _____
(подпись) *(ФИО)* *(дата)*
Я свидетельствую, что разъяснил пациенту (представителю пациента) суть, ход, риск проведения процедуры - **протезирование зубов и зубных рядов (ортопедическое лечение)**, *дал ответы на все вопросы.*

Медицинский работник: _____ ФИО_____(подпись)

Настоящий документ составлен в одном экземпляре и хранится в медицинской документации Пациента.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
протезирование зубов и зубных рядов (ортопедическое лечение)
Лист подтверждения ознакомления с содержанием и выражения согласия с мед\вмешательством:

Дата	Диагноз (МКБ-10)	Ф.И.О (полностью), должность и подпись медицинского работника Я свидетельствую, что разъяснил(а)пациенту суть, ход выполнения, риски альтернативу проведения предстоящего мед.вмешательства, дал(а) ответы на все вопросы	Ф.И.О (полностью), и подпись пациента/законного представителя Я принимаю решение и выражаю свое согласие приступить к лечению на предложенных условиях

Пациент (Представитель)_____