

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон 323-ФЗ). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: ПРОТЕЗИРОВАНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Я, _____
ФИО взрослого пациента

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____,
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в ООО «СП Евромед» (ОГРН 1031801963214), далее именуемое – «Исполнитель», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **протезирование ортопедическими конструкциями.**

Я получил (а) от врача всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве. Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

1. **Цели лечения.** Основными целями протезирования являются: восстановление основной функции зубочелюстной системы (пережевывание пищи) и эстетической целостности зубного ряда.

2. **Методы лечения, возможные варианты медицинского вмешательства.** Протезирование ортопедическими конструкциями будет выполняться врачом в соответствии с «Клиническими рекомендациями (протоколами лечения) утвержденными Постановлением № 15 Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России» от 30 сентября 2014 года, а также иными клиническими рекомендациями и методиками, действующими в Российской Федерации. Я получил (а) подробные объяснения по поводу моего заболевания (заболевания пациента, законным представителем которого я являюсь) и предварительного плана лечения.

К несъемным протезам зуба и зубного ряда относят протезы, которые фиксируют на коронках естественных зубов или их корнях с помощью специальных цементов, а также на имплантатах. К съемным протезам относятся: полные, частичные пластиночные протезы, бюгельные протезы.

Мне разъяснено, что на этапе протезирования может потребоваться примерка результата воскового моделирования будущих конструкций, а также необходимость ношения временных ортопедических конструкций. Временные конструкции могут быть зафиксированы на мои зубы или имплантаты (пациента, законным представителем которого я являюсь) на срок от 3 дней до 6 месяцев. Временные конструкции могут менять цвет и требуют бережного использования – желательно исключить красящие продукты, напитки и твердую пищу. Временные конструкции имеют ограниченный срок эксплуатации (указывается лечащим врачом), не могут использоваться постоянно и своевременно должны быть заменены постоянными ортопедическими конструкциями, предусмотренными планом лечения.

Выбор материалов и методов лечения, а также необходимых мне этапов и сроков лечения делает врач и согласовывает со мной в плане лечения. Я понимаю, что иногда невозможно точно установить сроки лечения ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения, а также стоимости лечения.

Я ознакомлен (а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и планом самого протезирования, с возможными альтернативными вариантами протезирования. Я понимаю, что для достижения оптимального результата необходимо строго следовать плану и этапам протезирования, а также строго соблюдать сроки плана лечения. Я соглашаюсь с тем, что при протезировании есть необходимость обтачивания зубов для установки протезов на опорные зубы. Я понимаю и согласен (на) с тем, что для опоры протеза в некоторых случаях необходимо провести депульпирования (удаление нервов) и пломбирования корневых каналов зубов или повторное эндодонтическое лечение зубов, подлежащих протезированию.

Лечащий врач объяснил мне, что, если я не желаю проводить протезирование, я могу отказаться от его проведения. Последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирующее зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирующее заболевание пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта; неврологическая патология; появление либо нарастание болевых ощущений; прогрессирующее имеющихся у меня заболеваний (в том числе общих), развитие инфекционных осложнений, а также системные проявления заболеваний.

Доктор проинформировал меня о том, что пожелания по поводу размера, цвета в формы мои зубных протезов я должен (а) буду высказать до изготовления протеза. Я понимаю, что требования по изменению цвета, формы и вида протезов после их изготовления является новой платной услугой и не входит в стоимость первоначального лечения.

3. **Риски, последствия, осложнения.** 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 протезов за мой счет по причинам, обусловленным состоянием моего организма (организма пациента, законным представителем которого я являюсь) и не зависящим от Исполнителя. Я осведомлен (а) о возможных осложнениях, возникающих во время эксплуатации протезов, в т.ч. возникновении переломов протезов, трещин, отколов облицовочного материала, изменении цвета, стирания зубов-антагонистов, возникновении участков повышенной окклюзии, обострении хронических процессов в опорных зубах. Мне понятно, что указанные выше осложнения и состояния не являются следствием некачественно предоставленной медицинской услуги, а обусловлены особенностями организма и иными обстоятельствами, не зависящими от Исполнителя.

Мне разъяснено, что протезирование является вмешательством в биологический организм и, как любое медицинское вмешательство, не всегда может обеспечить пожизненное сохранение результата лечения. Я уведомлен (а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после окончания лечения не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно. Я понимаю, что должен (а) незамедлительно информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения перечисленных состояний (осложнений).

Врач объяснил мне, что многократные примерки и коррекции протезов в процессе и после их изготовления (необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата протезирования), являются конструктивной особенностью ортопедических конструкций и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг.

4. **Противопоказания к выполнению медицинского вмешательства:** патология иммунной системы, острые инфекционные заболевания; болезни крови и иные состояния, препятствующие проведению медицинского вмешательства. Я подтверждаю, что получил (а) от лечащего врача информацию обо всех противопоказаниях. Я честно, без утайки, сообщил (а) лечащему врачу всю информацию, касающуюся моего здоровья (здоровья пациента, законным представителем которого я являюсь): перенесенные операции, заболевания, беременность, принимаемые лекарственные средства, аллергические реакции и т.п. Я осознаю, что, если скрыл (а) какую-то информацию о своем здоровье, я самостоятельно несу за это ответственность, и понимаю, что это может негативно сказаться на результатах (сроках, стоимости) лечения.

5. Я подтверждаю, что врач провел для меня обучение уходу за протезами и полостью рта. Я понимаю значение гигиены полости рта при ортопедическом лечении и обязуюсь проводить процедуры профессиональной гигиены у стоматологического гигиениста не реже 2 раз в год или с иной частотой, установленной лечащим врачом.

6. Я поставлен в известность о том, что установление гарантийных сроков на овеществленные результаты медицинской услуги возможно только в индивидуальном порядке, и что если гарантийный срок письменно в документах не установлен, то он исчисляется согласно Положению о гарантиях в клинике Исполнителя, с которым я был ознакомлен до начала лечения. При невыполнении полного плана согласованного лечения, Исполнитель вправе снижать гарантийный срок.

7. 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.

8. Мне известно, что во избежание поломки протезов и образования сколов не рекомендуется в течение всего срока их службы пережевывать жесткую пищу (орехи, сухари, твердые фрукты и т.п.), откусывать от больших кусков (например, от целого яблока и т.п.).

9. Неявка на прием к врачу в согласованные сроки, невыполнение рекомендаций врача или выполнение их не в полном объеме, может привести к увеличению сроков лечения и как следствие, увеличению стоимости лечения. Я понимаю значение гигиены полости рта при стоматологическом лечении и обязуюсь выполнять все назначения, включая использование ирригатора полости рта и щеток, рекомендованных врачом. Ответственность за неблагоприятный исход лечения в случае невыполнения/ неполного выполнения рекомендаций врача ложится на меня.

10. Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, а также даны пояснения. Мне было понятно разъяснено значение всех медицинских терминов.

11. Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты и договора предоставления платных медицинских услуг.

12. Я согласен (а) на проведение фотосъемки, видеосъемки и видеозаписи, проведение рентгеновских исследований для улучшения качества диагностики и анализа хода манипуляции.

Я принимаю решение приступить к вмешательству на вышеизложенных условиях.

Я согласен (на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получение от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Пациент/ Законный представитель пациента:

Дата: « ____ » _____ 20 ____ года.

Подпись: _____ / _____ /

Врач:

Дата: « ____ » _____ 20 ____ года.

Подпись: _____ / _____ /