

Информированное согласие пациента на проведение амбулаторного стоматологического вмешательства по протезированию зубов в стоматологической клинике ООО «Яблоков и Ко»

Я, _____
(Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)

обращаюсь в ООО «Яблоков и Ко» для проведения ортопедического лечения дефектов зубов или (и) зубных рядов. Этот документ подтверждает, что я ознакомился (ась) с предлагаемым планом протезирования, а также альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение ортопедического лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Врач обосновал мне необходимость проведения ортопедического лечения (протезирования зубов). Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом 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 жевательного органа, рецидивы деструктивных процессов в зубах и тканях челюсти). Последствиями отказа от протезирования могут быть: прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением окружающей кости, перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой 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, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, важность соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, протезирование является вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки ортопедической конструкции.

Я понимаю, что итоговый результат протезирования может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные коронки эстетически могут быть различны по цвету и прозрачности, если исходные условия (цвет и материал культи зуба) на разных зубах будут не одинаковыми.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время проведения анестезии (кровотечения, гематомы, повреждение нервов и сосудов, боль после анестезии, парезы лица) и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я обязуюсь проинформировать лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, о наличии всех хронических заболеваний и о принимаемых мной лекарственных препаратах.

Понимая сущность предложенного протезирования и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом. Я согласен(на), что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня

вопросы и получил(а) на них подробные ответы. Я даю разрешение делать инъекции, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, лечения, протезирования, а также для документирования результатов медицинского вмешательства. Я разрешаю использовать фотографии моих зубов и полости рта на этапах взаимодействия с зуботехнической лабораторией при возникновении данной необходимости.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого врача или ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я разрешаю/не разрешаю (ненужное зачеркнуть) использовать фотографии моих зубов и полости рта публично на условиях анонимности без указания моего имени и фамилии.

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 выполнения работ.

Я понимаю, что я ответственен(на) за оплату услуг, оказанных мне в ООО «Яблоков и Ко» в соответствии с прейскурантом клиники. Я внимательно ознакомился(ась) с прейскурантом клиники, с условиями гарантии на стоматологические услуги и согласен(на) оплачивать все оказанные мне стоматологические услуги по факту их оказания.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций медицинского работника, следования принципам здорового образа жизни.

Я осознаю ответственность за сохранение своего здоровья и обязуюсь соблюдать правила личной гигиены полости рта, согласен(на) являться на профилактические осмотры 1 раз в 6 месяцев (либо иной период, рекомендованный врачом) для ревизии состояния ортопедических конструкций, десен и зубов, а также для проведения профессиональной гигиены в сроки, назначенные врачом. Я знаю, что в случае несоблюдения мною гигиены полости рта и в случаях неявки на плановые профилактические осмотры возможно ухудшение состояния зубов, десен и костной ткани, способное привести к возникновению проблем с ортопедической конструкцией, требующих ее замены.

Меня уведомили, что клиника и ее персонал не несет ответственности за оказанные стоматологические услуги в следующих случаях: предоставления услуг по требованию пациента, расходящемуся с предложенным врачом планом лечения, о чем делается соответствующая запись в амбулаторной карте; возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее; осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или развившихся в связи с несоблюдением врачебных назначений и рекомендаций; переделок и исправления работ в другом лечебном заведении; ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом; истечения срока гарантии на оказанные услуги; иных ситуаций, предусмотренных в условиях гарантии, действующих в клинике.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснено значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

№ зап.	Дата приема	Манипуляции	«С манипуляцией ознакомлен(а), все термины ясны, осложнения и риски манипуляции понятны. Даю

			согласие на проведение медицинского вмешательства». Подпись пациента.

Пациент _____ / _____ /

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Врач _____ / _____ /

(подпись)

(фамилия, имя, отчество)

Дата « _____ » _____ 202__ г.

ОБРАТ