

**Информированное согласие пациента, не достигшего возраста 18 лет, на проведение амбулаторного стоматологического вмешательства по протезированию зубов в стоматологической клинике ООО «Яблоков и Ко»**

Я, \_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О., число, месяц, год рождения законного представителя)*

являясь законным представителем несовершеннолетнего(ей) \_\_\_\_\_

*(Ф.И.О., число, месяц, год рождения несовершеннолетнего(ей))*

обращаюсь в ООО «Яблоков и Ко» для проведения ортопедического лечения дефектов зубов или (и) зубных рядов представляемому(ой) мной несовершеннолетнему(ей), именуемому(ой) в дальнейшем Пациент. 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 случае Пациента 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, неправильное формирование челюсти, 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 сохранить Пациенту 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, смене временных зубов на постоянные, роста 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 Пациента на медикаментозные препараты в прошлом и об аллергии в настоящее

время, о наличии всех хронических заболеваний и о принимаемых Пациентом лекарственных препаратах.

Понимая сущность предложенного протезирования и уникальность организма Пациента, я согласен(на) с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом. Я согласен(на), что начать предложенное протезирование в интересах Пациента. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) на них подробные ответы. Я даю разрешение делать Пациенту 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 зубов и полости рта Пациента 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 лечении Пациента будет необходимо.

Я разрешаю/не разрешаю (ненужное зачеркнуть) использовать фотографии зубов и полости рта Пациента публично на условиях анонимности без указания его 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 Пациенту 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 Пациенту 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 свою ответственность за сохранение здоровья Пациента и обязуюсь обеспечить соблюдение им правил личной гигиены полости рта, согласен(на) обеспечить его явки 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 Пациентом гигиены полости рта и в случаях его 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 моему требованию, расходящемуся с предложенным врачом планом лечения Пациента, 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 или его представителем; 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 Пациента на предложенных условиях.

