

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение ортопедического лечения**

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 30-33 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан №5487-1 от 22.07.1993.

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество пациента полностью)

Дата рождения « ____ » _____ год.

Адрес: _____

Законный представитель _____,
(фамилия, имя, отчество полностью)

Дата рождения « ____ » _____ год.

Адрес: _____

получил(а) от своего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении и уполномочиваю врача-стоматолога провести ортопедическое лечение дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей.

2. Настоящее информированное добровольное согласие содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

3. Я ознакомлен(а) с планом протезирования и проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования.

4. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования. Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания нервной системы.

5. Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать, прежде чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

6. Я понимаю, что хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее протезирование является своего рода вмешательством в мой организм, и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования.

7. Я понимаю, что зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается возрастным изменениям (как при наличии протеза, так и без него), которые проявляются в обнажении зуба, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, зависящее от скорости протекания процессов старения, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

8. Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

9. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и приеме анальгетиков и антибиотиков, аллергических реакциях.

10. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

11. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Паспорт: серия _____ № _____

Кем и когда выдан _____

_____ (_____
подпись пациента Ф.И.О.

« ____ » _____ 202_ г.

ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

Паспорт: серия _____ № _____

Кем и когда выдан _____

_____ (_____
подпись Ф.И.О.

Подпись врача _____ / _____ /