

*При обращении пациента, не достигшего возраста 15 (пятнадцати) лет, медицинское вмешательство осуществляется только с согласия одного из его родителей (иного законного представителя).

Информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение.

1. Я проинформирован(на) врачом-стоматологом-ортопедом

(Ф.И.О. медицинского работника)

о показаниях проведения мне/лицу, в интересах которого дается ИДС

(ФИО и год рождения лица, в интересах которого дается ИДС)

ортопедического лечения и получил(-ла) необходимые разъяснения по поводу диагноза.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Целью ортопедического лечения является долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическая реабилитация.

2.2. Последствиями отказа от протезирования могут быть:

- перелом зуба при отказе покрыть зуб коронкой после эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций,
- прогрессирование заболеваний пародонта,
- дальнейшее снижение эффективности жевания,
- ухудшение эстетики,
- быстрая утрата оставшихся зубов,
- нарушение речи,
- заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава,
- общие заболевания желудочно-кишечного тракта и нервной системы.

2.3. Меня 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 дальнейшего разрушения зубов).

2.4. Я понимаю, что в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения, допустима коррекция намеченного плана и технологий лечения, о чем меня предварительно уведомит врач.

2.5. Я проинформирован(-на) о возможных сопутствующих проявлениях:

- при анестезии, обработке зубов, снятии оттисков, корректировке прикуса возможны онемение языка, губ, индивидуальные аллергические реакции, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов.
- при наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, онемение языка и губ, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта;
- при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушения функций речи, жевания, глотания, поломки протезов.

2.6. Я предупрежден (-на), что во время адаптационного периода протез (ортопедическая конструкция) может вызвать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти, натирание слизистой оболочки губ и щек, нарушение речи и другие дискомфортные ощущения.

2.7. Я понимаю, что зубочелюстная система в течение жизни подвергается возрастным изменениям (как при наличии протеза, так и без него), которые проявляются в атрофии десны, атрофии костной ткани, стираемости поверхности зубов, что влечет за собой необходимость коррекции конструкции протеза или его переделку. Время коррекции или переделки протеза зависит от скорости изменений в полости рта конкретного человека.

3. Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе ортопедического лечения; ориентировочные сроки проведения лечения и его стоимость, т.к. объем работы можно будет определить только в процессе лечения.

4. Мне была предоставлена возможность предварительно ознакомиться с Положением об установлении гарантийных сроков и сроков службы на результат оказания стоматологических услуг в ООО «Ортодонтический центр «Барракуда», **мне названы и со мной согласованы гарантии** на ортопедическую конструкцию в моем конкретном случае.

5. Я понимаю, что:

- для постановки точного диагноза и проведения эффективного лечения может потребоваться дополнительное обследование и рентгенологический контроль качества лечения; консультация врачей-стоматологов иного профиля; консультация врача общего медицинского профиля.
- условием эффективного лечения является выполнение мною плана лечения, плана индивидуальных профилактических мероприятий и соблюдение всех рекомендаций и назначений врача.

6. Я удостоверяю своей подписью следующие факты:

- мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении: о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а так же о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;
- *я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.*

7. Я так же даю согласие на использование врачом моих/ лица, в интересах которого дается ИДС фото- и рентгеновских снимков в научных публикациях, для демонстрации работ (лекции, интернет) без указания персональных сведений, а так же при решении спорных вопросов в судебном порядке.

Подпись «Исполнителя»:

_____/_____
(Фамилия Имя Отчество врача)

Подпись «Заказчика»:

_____/_____
(Фамилия Имя Отчество пациента)

Подпись законного представителя:

_____/_____
(Фамилия Имя Отчество представителя)

Дата _____