

Информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение

Я, _____, уполномочиваю врача-стоматолога провести мне медицинское вмешательство- ортопедическое лечение. Мне в полном объеме предоставлена интересующая меня информация о предполагаемом ортопедическом лечении.

Ортопедическое лечение имеет своей целью долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и непосредственно 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). Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба - при отказе от покрытия зуба коронкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения, изложенным в амбулаторной карте, и сроками выполнения работы. Сроки выполнения работы могут корректироваться лечащим врачом в процессе протезирования.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта; анестезии, обработки зубов, снятии оттисков, коррективке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов. Может появиться болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломки протеза.

При оказании ортопедической помощи мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, обговоренному с врачом и записанному в медицинскую карту.

Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных мне условиях.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

Дата _____