

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Согласно положению статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 01.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 25.06.2012 г. № 89-ФЗ, от 25.06.2012 г. № 93-ФЗ)

Мне, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
врачом \_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество пациента

представлена вся интересующая меня информация о предполагаемом лечении, разъяснена в доступной форме и понятна информация о сути лечения и установленном диагнозе. Я понимаю, что допустима коррекция намеченного плана лечения и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач, возможны альтернативные методы протезирования.

Мне разъяснены возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно: (ненужное зачеркнуть) перелом зуба при отказе от покрытия его коронкой или накладкой после проведения эндодонтического лечения; прогрессирование зубоальвеолярных деформаций; дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи; прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата остаточного прикуса; заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; заболеваний желудочно-кишечного тракта; нейропатология. Я понимаю, что нарушения в зубочелюстной области могут привести к ряду морфологических и функциональных изменений в других системах организма

2. Я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения.

Мне названы и со мной согласованы:

-методы и материалы, которые будут применяться в процессе лечения;

-сроки проведения лечения;

-стоимость отдельных этапов и лечения в целом., при этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые невозможно предвидеть, что будет обосновано лечащим врачом;

3. Я понимаю, что протезирование – это заключительный этап лечения, для эффективности которого на первом этапе может потребоваться проведение ряда мероприятий, кроме хирургической и терапевтической санации. Это депульпирование, шлифование зубов, коррекция прикуса, устранение парафункции мышц, лечение височно-нижнечелюстного сустава, ряд хирургических (коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, уздечек и др.) и пародонтологических вмешательств.

4. Мне разъяснено, что на этапах протезирования, в период проведения манипуляций в полости рта (анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса) могут возникнуть осложнения: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, индивидуальные аллергические реакции; непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушения глотания, жевания и речи.

- последствие приема анальгетиков и антибиотиков (в случае назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава микрофлоры;

При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникать гальванические токи, следствием чего может быть появление чувства жжения, болезненность, покраснение, отечность слизистой оболочки полости рта.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде **затрудненной адаптации к протезам**, чувство тошноты, нарушения функции речи, жевания, глотания, может произойти поломка протезов.

Меня предупредили, что при выявлении скрытых технологических дефектов увеличиваются сроки изготовления протезов, а в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза не за счет средств пациента.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сроках службы моих протезов и гарантиях, указанных в договоре на предоставление платных медицинских услуг и гарантийном талоне, который выдается после окончания лечения.

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, и получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я ознакомлен с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг, и принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_