

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ /ЗАКОННОГО  
ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ/ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ  
ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ **ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ****

Я, \_\_\_\_\_,  
дата рождения \_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **добровольное** согласие на ортопедическое лечение в ООО «Зубная фея», проинформирован(а) лечащим врачом

\_\_\_\_\_/ФИО/  
о следующем:

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

**Метод оказания услуги (действия, осуществляемые врачом):**

- местное обезболивание;
- удаление старых конструкций протезов;
- обтачивание, сошлифовка зубов;
- снятие оттисков;
- индивидуальное притачивание зубов, корректировка прикуса;
- протезирование на имплантатах.

**Предполагаемый результат оказания медицинской услуги.**

восстановление отсутствующих или разрушенных зубов съёмными и несъёмными конструкциями, улучшение и (или) восстановление функции жевания.

**Возможные иные варианты медицинского вмешательства:**

- отказ от лечения как такового;
- возможны альтернативные варианты протезирования, которые будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение зубов).

Я осведомлен(а), что **последствиями отказа от протезирования** могут быть: прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Для лечения могут понадобиться дополнительные манипуляции, обследования, а именно:

- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля;
- консультация у врача(ей)-стоматолога(ов) иного профиля;
- проведение обследования на аллергические реакции на используемые материалы;
- рентгенологические обследования;
- проведение функциональной диагностики (электромиография);
- депульпирование или сошлифовывание зубов по показаниям к ортопедическому лечению;
- удаление зубов (по показаниям).

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

**Неблагоприятные исходы (риски) оказания услуг:**

- в период проведения манипуляций в полости рта возможна индивидуальная аллергическая реакция, обморок, коллапс, шок, летальный исход;
- при получении оттисков: проглатывание или вдыхание слепочных масс, микротравма слизистой оболочки полости рта.
- при наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта.

При ортопедическом лечении могут возникнуть осложнения в виде

- затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания;
- отеки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен;
- болезненность отпрепарированных зубов;
- появление натёртостей при съёмном протезировании;

- ухудшение эстетического эффекта протезирования из-за отказа удалять зубы;
- аллергическая реакция на материалы съёмных протезов;
- изменение дикции, вкусовых ощущений, а также характера слюноотделения;
- плохая фиксация пластинчатых съёмных протезов при выраженной атрофии альвеолярных гребней;
- переломы и сколы различных видов съёмных протезов;
- прелом корня при восстановлении зуба на вкладке или штифте;
- необходимость перебазиновки съёмного протеза из-за атрофии альвеолярного гребня;
- асфиксия во время сна в случае неснятия полных съёмных пластинчатых протезов перед сном;
- сколы облицовки постоянных протезов из-за неправильного использования;
- расцементировка при постоянной или временной фиксации;
- распайка, перелом мостовидного протеза;
- возможное изменение плана протезирования и, как следствие, стоимости работ при несостоятельности опорных зубов или при изменении пожеланий пациента;
- появление запаха изо рта и образование налёта на пластинчатых, бюгельных и эластичных протезах из-за несоблюдения пациентом гигиены полости рта;
- ухудшение эстетических и физических свойств съёмного протеза при неправильном его использовании и хранении;
- изменение сроков протезирования.

В процессе лечения допустимо уточнение диагноза, коррекция намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, необходимости через некоторое время проводить коррекцию либо переделку протеза (по ситуации) по причинам, не зависящим от работы врача, но обусловленными неизбежными изменениями в полости рта, а именно: изменение рельефа и формы десны, атрофия костной ткани челюсти, стираемость поверхности зубов. (Время коррекции или переделки протеза зависит от скорости таких изменений в полости рта конкретного человека); при проявлении скрытых дефектов возможна переделка протеза и увеличение сроков его изготовления.

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

Конкретные гарантийные сроки и сроки службы устанавливаются врачом в зависимости от клинической ситуации в полости рта;

- наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях;
- полноты выполнения плана лечения, рекомендованного врачом.

С учетом указанных обстоятельств гарантийные сроки и сроки службы могут быть уменьшены или увеличены по сравнению со средними, что фиксируется врачом в карточке.

Я разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) всем медицинским работникам и должностным лицам Клиники, причастным к данному случаю оказания мне медицинской помощи. Я разрешаю использовать мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) для проведения контроля качества оказания мне медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов. Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии моего здоровья в случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания.

Настоящим я даю согласие врачам и должностным лицам Клиники на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью врача/Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксации результатов медицинского вмешательства. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий имя мое/представляемого лица не будет упомянуто.

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.

Настоящим подтверждаю, что данное информированное согласие мною подписано в присутствии лечащего врача.

\_\_\_\_\_  
Подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО потребителя, законного представителя потребителя

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.