

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ «Об основах охране здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11. 2011года № 323 -ФЗ

Мне, _____ доктором _____ предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом лечении.

Я понимаю, что нарушения в зубочелюстной области могут привести к ряду морфологических и функциональных нарушений в других частях организма.

Я понимаю, что наложение протезов- это заключительный этап ортопедического лечения, для эффективности которого на первом этапе может потребоваться проведение ряда мероприятий: проведения хирургической и терапевтической санации. депульпирование, сошлифовывание зубов, коррекция прикуса, устранение парафункции мышц, лечение височно-нижнечелюстных суставов, ряд хирургических (коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, уздечек и др.) и пародонтологических вмешательств.

Мне понятен предлагаемый план лечения, я также согласен с возможным расширением его объема и изменениями в процессе санации по показаниям.

Я проинформирован(-на), что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи.

При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи.

При проведении хирургических вмешательств могут увеличиться сроки изготовления протезов.

Я осведомлен (-на), что после завершения ортопедического лечения будет иметь место адаптационный период (период привыкания к изготовленным протезам). В период адаптационного периода я могу столкнуться со следующими трудностями: повышенным выделением слюны, дискомфортом при жевании, временным нарушением речи, подвижностью съемных протезов. Длительность адаптационного периода индивидуальна и может зависеть от сопутствующей патологии.

При этом я информирован о других способах ортопедического лечения, их преимуществах и недостатках. Я также информирован, что в ряде конкретных случаев вид ортопедическое лечение является единственным.

Я подтверждаю, что в карте «Карте опроса больного» назвал все известные имеющиеся у меня болезни и недуги. Я подтверждаю, что добросовестно ответил на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

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

Я предупрежден о необходимости соблюдения тщательной гигиены полости рта при наличии протезов и посещении врача на контрольный осмотр через 6 месяцев.

Дата _____ Подпись пациента _____ Подпись врача _____

Рекомендации (памятка) получена на руки _____
Дата _____ Подпись пациента _____