Приложение к Договору № _____ от _____ г
на оказание платных стоматологических услуг

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство на ортопедическое лечение (съемное протезирование) ООО «Дентал.Про»

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Подписание Вами данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, являясь законным представителем (при отсутствии зачеркнуть) _____ _____, даю информированное добровольное согласие на:

- виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 г. N 390 н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 05.05.2012 г. N 24082) для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть);
- виды медицинских вмешательств при проведении лечения кариеса и иных болезней твердых тканей зуба/лечения кариеса и иных болезней твердых тканей зуба лицу, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в соответствии с Планом обследования и лечения в ООО «Дентал.Про».

Медицинским работником мне разъяснена информация о наличии у меня/лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) заболевания и постановке следующего диагноза _____
_____

Я соглашаюсь с тем, что лечение мне будет выполнять врач: _____, в исключительных случаях (непредвиденные обстоятельства) мне будет предоставлен другой врач, после предварительного уведомления и получения моего согласия.

Врач обосновал необходимость проведения мне (представляемому мной лицу) ортопедического лечения.

Я информирован(а) что ортопедическое лечение – это сложный и многоэтапный комплекс мероприятий, направленный на нормализацию функционального и эстетического состояния всей зубочелюстно-лицевой системы, длительностью от нескольких дней до года и более, исходя из клинической ситуации. Съемное протезирование включает в себя следующие виды:

- полный и/или частичный съемный протез;
- бюгельный протез с кламмерной системой фиксации;
- бюгельный протез с замковой системой фиксации;
- бюгельный протез с фиксацией на телескопических коронках;
- протез «бабочка» (частичный съемный протез до 3х зубов);
- съемный протез с фиксацией на имплантатах;

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом ортопедического лечения. Мне были предложены все альтернативные методы лечения.

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

Мне разъяснено, что целью ортопедического лечения является долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическая реабилитация.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

1. **Цели лечения** - восстановление жевательных функций, функций речи, глотания возвращение ощущения комфорта, исправление анатомии лица (эстетическая цель) с помощью разнообразных ортопедических средств (вкладки, протезы, шины).
2. **Методы (технологии) лечения** - С использованием специального слепочного материала снимается оттиск зубов и изготавливаются модели челюстей. Модель передается в техническую лабораторию. В следующие посещения, кратность которых зависит от сложности и объема работы, последовательно производится: примерка искусственных конструкций, подбор цвета и формы искусственных зубов, сдача ортопедической конструкции и коррекции протезы (количество необходимых коррекций индивидуально). Также при наличии опорных зубов может потребоваться терапевтическое лечение (эндодонтическо лечение корневых каналов, замена несостоятельных пломб) и хирургическое лечение.

Так же доступно для меня врач объяснил, что в случае снятия ортопедической конструкции существует вероятность возникновения во время процедуры по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, следующих обстоятельств: чувство дискомфорта и болезненность; травма слизистой полости рта; скол, трещина, откол части или всей пломбы на соседних зубах, что по абсолютным медицинским показаниям потребует лечения/восстановления по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях; скол и(или)выпадение пломбы, перелом коронки, зуба, с которого снимается конструкция, что по абсолютным медицинским показаниям потребует восстановления пломбировочным материалом или опорной конструкцией по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях; раскол, трещина, перелом корня зуба, с которого снимается конструкция, что по абсолютным медицинским показаниям потребует удаления зуба по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях; скол облицовочных элементов ортопедической конструкции, что потребует её коррекции согласно Положению о гарантиях Исполнителя; необратимое повреждение, поломка ортопедической конструкции, что по абсолютным медицинским показаниям потребует её полной замены по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях.

Я понимаю, что по абсолютным медицинским показаниям в случаях наличия воспалительного процесса в корневых каналах и(или) хронических изменений в тканях вокруг корня зуба необходимо лечение и (или) перелечивание ранее запломбированных корневых каналов опорного зуба(ов). Мне понятно, что ортопедическое лечение не исключает других стоматологических манипуляций как перед протезированием, так и в процессе ортопедического лечения. Мероприятия по терапевтическому, пародонтологическому, ортодонтическому и хирургическому лечению зубов могут быть обязательными условием для достижения необходимого положительного результата ортопедического лечения. При использовании ортопедического метода стоматологического лечения имеется вероятность возникновения непредвиденных обстоятельств, в связи с тем, что специфика медицинской услуги предполагает вмешательство в биологические процессы, не контролируемые в 100% случаев волей человека и не изученные окончательно современной медицинской наукой.

3. Риски при лечении: в крайне редких случаях, во время проведения ортопедических манипуляций и после, по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, возможно возникновение таких обстоятельств как:

- необходимость лечения корневых каналов опорного(ых) зуба(ов);
- необходимость удаления зуба с сомнительным или неблагоприятным прогнозом лечения (сложная анатомия каналов, выраженные очаги деструкции костной ткани и т.д.);
- удаление зуба вследствие выраженного поражения коронки зуба и(или) корня кариозным процессом, в результате чего невозможно создать благоприятные условия для адекватной фиксации протеза;
- удаление зуба в результате его травматического раскола установленной опорной конструкцией;
- возникновение стойких расстройств в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания;
- другие психомиофункциональные расстройства;
- поломка протеза при наличии патологии височно – нижнечелюстных суставов;
- появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов искусственных конструкций;
- невралгии;
- возможные осложнения под влиянием анестезии, обработке зубов, снятии оттисков, корректировке прикуса такие как отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции, возможны онемение языка, губ, индивидуальные аллергические реакции, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов;
- **возможные осложнения приема анальгетиков (в случае их назначения), а именно:** аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов; сильное кровотечение; боль.

4. Предполагаемые результаты лечения — установка съемного протеза вместо утраченных зубов для обеспечения пережёвывания пищи и эстетики**.**

5. Последствия лечения связаны с конструктивными, эстетическими и функциональными особенностями искусственных ортопедических конструкций, не относящимися к существенным недостаткам оказанных услуг и не независящими от врача и правильности проведенных манипуляций: застревание пищи; наличие видимых элементов фиксации съемных протезов(замки, кнопки, кламмера) и металлических частей коронок; отсутствие чувствительности к сжатию зубов; изменение всех видов чувствительности при перекрывании частями протеза слизистой оболочки полости рта; необходимость применения специальных средств для лучшей фиксации съемных протезов; неудобство при жевании; изменение дикции; многократные примерки и коррекции протезов в процессе и после их изготовления, необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата протезирования; снижение

качества фиксации съемного протеза в процессе эксплуатации из-за естественного физического износа элементов фиксации, что потребует активации или замены фиксирующих элементов.

Я уведомлен, что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных (возрастных) процессов, возникает необходимость коррекции либо переделки ортопедической конструкции. Я уведомлен(а) о необходимости перебазировки съемных протезов в процессе их эксплуатации не реже 1 раза в 6 месяцев. Врач предупредил меня, что при съемном протезировании протезы зубов не фиксируются постоянно в полости рта и требуют специального ухода (указываются в Памятке) и существует вероятность повреждения протеза, при неаккуратном с ним обращении. Лечащий врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, важность соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также необходимость полного восстановления целостности зубных рядов.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения; вторичные деформации зубных рядов; снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики и нарушение функции речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата оставшихся зубов; прогрессирующую убыль костной ткани в области отсутствующих и рядом стоящих зубов, что в дальнейшем может потребовать манипуляций по восстановлению костной ткани; нарушение пропорций лица и другие эстетические нарушения или изменения; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейромышечная патология.

Мне сообщена предварительная стоимость лечения, которая может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня об изменении стоимости и обоснует это. Я предупрежден (а) о возможности коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, складывающейся в процессе его реализации, о чем меня своевременно предупредит лечащий врач.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен (а) на их проведение, могут понадобиться обследования: ортопантомограмма, дентальная компьютерная томография, прицельная радиовизиография; консультация стоматолога иного профиля; консультация у врача (ей) общего медицинского профиля.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать 100% гарантии на успех, стабильность достигнутых результатов в долгосрочной перспективе (в случае существенного изменения состояния моего здоровья и прочих обстоятельств).

Мне гарантировано, что все необходимые и согласованные со мной манипуляции будут выполнены специалистом соответствующей квалификации, с применением им качественных материалов и инструментов с в соответствии с существующими стандартами и требованиями законодательства РФ.

Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата (в случае назначения), бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантийных сроках.

Мне понятно, и я осознаю, что результат лечения в каждом конкретном случае зависит не только от его качества, но и от реакции организма и общего состояния зубов.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты и договора.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного, я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента и подтверждаю согласие на проведение мне лечения.

Пациент: _____ Врач: _____
_____(подпись) _____(подпись)

Законный представитель: (при наличии) _____
_____(подпись) (дата оформления)