

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

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 моем предстоящем лечении, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, \_\_\_\_\_

Согласен на проведение предварительного осмотра и подробной консультации по поводу моего стоматологического

состояния здоровья перед проведением лечения \_\_\_\_\_ / (подпись пациента)

уполномочиваю врача-стоматолога \_\_\_\_\_

провести ортопедическое лечение дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей. Этот документ содержит также необходимую для меня информацию о предлагаемом мне лечении для того, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с ним и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз: \_\_\_\_\_

Доктор предложил мне следующие виды протезирования и обосновал необходимость проведения ортопедического лечения. : \_\_\_\_\_

Я ознакомился (ознакомилась) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования и остановился на следующем: \_\_\_\_\_

Цвет керамики: \_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Меня также ознакомили с последствиями отказа от протезирования вообще. Последствиями отказа могут быть: перелом зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов, остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатологии.

Доктор понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строго соблюдать сроки всех этапов протезирования, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза. Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердых тканей зубов. Поэтому в период инволютивных процессов, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза. И хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у стоматолога-ортопеда, а также посещение врача-гигиениста, согласно графику, записанному в истории болезни, и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры своевременно.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата с действительным результатом, т.к. представления пациентов о протезировании, как правило, не совпадают с реальной действительностью. Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Мне были объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные варианты. Я также имел (имела) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

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

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.