Информированное добровольное согласие на <u>ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ</u>
{ДатаОсмотра}

Уважаемые пациенты! Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. Именно в ИДС выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага. Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение, допустимо только после получения врачом ИДС пациента в письменной форме.

Я, {ФамилияИмяОтчество}, в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие врачам ООО «Зубная мастерская Восьмерка» на ***проведение ортопедического лечения***. ИДС дается пациентом либо его законным представителем один раз при первичном обращении в медицинскую организацию и действительно в течении всего срока оказания услуг в медицинской организации.

В исключительных случаях, клиника вправе произвести замену врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом лечении.

Комплексное ортопедическое лечение имеет своей целью долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию. Я ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования.

Меня, также, ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые, в моем случае, могут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение зубов).

Я проинформирован(а) о том, что последствиями отказа от комплексного протезирования могут быть: перелом зуба, 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.

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

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов могут возникнуть осложнения:

- затрудненная адаптация к протезам, чувство тошноты, нарушение функций речи, жевания, глотания, поломока протезов.

Я проинформирован(а) о том, что протезы не могут полностью заменить функции утраченных зубов. Использование протезов может причинять дискомфорт и неудобство. Съемные протезы нуждаются в регулярной коррекции в период адаптации (1-3 месяца).

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и обязуюсь приходить на контрольные осмотры не реже 1 раза в 6 месяцев. Нарушение данного пункта может привести к прекращению гарантии. Срок гарантии исчисляется с момента начала эксплуатации (установки ортопедической работы в полости рта).

Я проинформировал врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

До подписания настоящего согласия я имел(а) возможность ознакомиться с «Положением о гарантии», задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридически значимым документом и влечет существенные правовые последствия.

Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения. Я подтверждаю свое согласие на проведение ортопедического лечения.

ПАЦИЕНТ	ВРАЧ
ФИО } {ФамилияИмяОтчество}	ФИО {ФамилияИОВрача}
_____	_____
подпись	подпись врача