



Наша клиника строго руководствуется:

- Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;
 - Федеральным законом «О защите прав потребителей»;
 - современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.
- Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

Ортопедическое лечение

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, _____
соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог _____
В исключительных случаях (например, болезнь врача) центр может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

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

2.1. Диагноз (показания к протезированию): _____

2.2. Допустимость уточнения диагноза (показаний к протезированию) в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план ортопедического лечения и подготовки к нему.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты протезирования, а именно:

2.6. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно (ненужное вычеркнуть): перелом зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения); прогрессирование зубоальвеолярных деформаций; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функций речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата зубов остаточного прикуса; заболевание жевательных мышц и височно-нижечелюстного сустава; заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатология.

2.7. Возможные осложнения на разных этапах протезирования (ненужное вычеркнуть, нужное дописать):

• под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции;

• последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;

• при снятии старых ортопедических конструкций: _____

• при получении оттисков: _____

• после постановки протеза, а именно: _____

2.8. Необходимость через некоторое время поводить коррекцию либо переделку протеза (по ситуации) по причинам, не зависящим от работы врача, но обусловленным неизбежными изменениями в полости рта, а именно: опущение и изменение формы десны, атрофия костной ткани челюсти, стираемость поверхности зубов (время коррекции или переделки протеза зависит от скорости изменений в полости рта конкретного человека).

3. Мне сообщена и разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

4. Мне названы и со мной согласованы:

• технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

• сроки проведения лечения.

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

• получение ортопантограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка; консультация стоматолога(ов) иного профиля: _____

• консультация у врача(ей) общего медицинского профиля: _____

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента _____ Дата _____