

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

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.

Я Иванов Иван Иванович соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводиться в ООО "РКС 27"

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

1.1. Диагноз (показания к протезированию):

К08.1 Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни

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

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

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

1.5. Возможные альтернативные варианты протезирования, а именно:

_____.

1.6. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно: 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-нижнечелюстного сустава; заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатология.

1.7. Возможные осложнения на разных этапах протезирования:

- под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции;
- последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
- при снятии старых ортопедических конструкций:
_____;
- при получении оттисков:
_____;
- после постановки протеза, а именно:

_____.

1.8. Необходимость через некоторое время проводить 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.)

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

3. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения.

4. Мне разъяснено и понятно, что материалы, согласованные в Комплексном плане лечения, могут быть заменены в случае отсутствия возможности их применения другими, аналогичными по назначению и качеству (без ухудшения качества новых материалов) материалами без изменения согласованной стоимости медицинской услуги.

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:

- консультация стоматолога(ов) иного профиля:

_____;

- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля:

7. Мною были заданы врачу 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.

С условиями гарантии согласен (согласна).

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента (законного представителя) _____
