

**ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1» г.Белгород.**  
**Информированное добровольное согласие на стоматологическое ортопедическое лечение (зубное протезирование).**

г.Белгород

Дата: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1» г. Белгород строго руководствуется:

- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 27.09.2013) «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
- 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.

Я,

проживающий(-щая) по адресу: \_\_\_\_\_, даю информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение: \_\_\_\_\_ (далее-врач).

В исключительных случаях (например, болезнь врача) поликлиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив моё согласие.

Врачом, в доступной для меня форме, дана полная информация и разъяснено о сути ортопедического лечения:

Диагноз:

Дефект твердых тканей \_\_\_\_\_ ИРОПЗ \_\_\_\_\_;

Частичное отсутствие зубов верхней челюсти \_\_\_\_\_ Класс Кеннеди;

Частичное отсутствие зубов нижней челюсти \_\_\_\_\_ Класс Кеннеди

Полное отсутствие зубов верхней челюсти \_\_\_\_\_ Класс Шредер;

Полное отсутствие зубов нижней челюсти \_\_\_\_\_ Класс Шредер;

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

Индивидуальный рекомендованный план ортопедического лечения **и подготовки к нему (описывается в стоматологической карте).**

В доступной форме, врач предупредил меня, что подготовка к протезированию не входит в территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания жителям Белгородской области медицинской помощи и оплачивается пациентом самостоятельно.

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

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования (нужное подчеркнуть):

- Протезирование с опорой на дентальные имплантаты;
- Протезирование с помощью мостовидных протезов;
- Съёмное протезирование;
- Изготовление коронок и мостовидных протезов на основе каркаса из диоксид-циркония;
- Изготовление металлокерамических коронок и мостовидных протезов;
- Изготовление металлических коронок и мостовидных протезов;

Возможные осложнения на разных этапах протезирования, устранение которых оплачивается за счет пациента, кроме гарантийных случаев:

- а) при снятии старых ортопедических конструкций: перелом коронки и/или корня зуба; расцементировка ранее установленных штифтовых конструкций;
- б) при изготовлении штифтово-культевых вкладок:
  - перелом корня зуба, что приведет к удалению зуба и изменению конструкции;
  - необходимость повторного эндодонтического лечения;
- в) при получении оттисков: рвотный рефлекс; расцементировка ранее установленных ортопедических конструкций; попадание оттисковой массы в поднутрения зубов, пломб, ортопедических конструкций;
- г) при препарировании зубов:

- под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола иглы, аллергические и токсические реакции, повышение артериального давления;

- последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры; обострение хронических заболеваний;

- д) при пользовании временными конструкциями: расцементировка или поломка временных коронок;

- е) после постановки протеза, фиксации искусственных коронок, мостовидных протезов, а именно:

- нарушение речевой функции, вкуса, ощущение инородного тела в полости рта – временно, на период адаптации после ортопедического лечения;

- воспаление слизистой оболочки (кровоточивость, отечность) – вследствие плохой гигиены полости рта, давления базиса протеза, обострение хронической герпетической инфекции или изменения гормонального фона;

- поломка протеза и попадание его частей в дыхательные пути или желудочно-кишечный тракт – вследствие нарушения рекомендаций врача (жевание грубой пищи, раскусывание орехов и др.);

- ухудшение или неудовлетворительная фиксация съёмного протеза – следствие анатомо-топографических особенностей полости рта или износа ретенционных (удерживающих) составляющих съёмного протеза;

- расцементировка конструкций;

- отличия по форме, цвету и прозрачности от своих зубов, ранее установленных пломб и других искусственных конструкций, особенно при различном освещении;

- ж) В случае сохранения жизнеспособности пульпы опорного зуба существует риск развития, по независящим от действия врача и правильности проведения манипуляций: причинам, как в процессе протезирования так и после покрытия зуба ортопедической конструкцией, следующих процессов:

- развитие воспалительного процесса в тканях вокруг корня опорного зуба. Я информирован, что в этом случае за дополнительную плату согласно прейскуранту и «Положению о гарантиях» Исполнителя будет проведено лечение корневых каналов. Мне понятно, что в случае, если зуб уже покрыт ортопедической конструкцией, лечение каналов может осуществляться только после

снятия ортопедической конструкции. В этом случае, после проведенного лечения каналов, возникает необходимость изготовления новой ортопедической конструкции, согласно действующему прейскуранту и «Положению о гарантиях» Исполнителя.

Необходимость через некоторое время проводить коррекцию либо перебазировку протеза (по ситуации) за счет пациента по причинам, не зависящим от работы врача, но обусловленным неизбежными изменениями в полости рта в следствии инвалютивных процессов в организме.

Врач разъяснил мне, что 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.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантийных сроках, действующих в медицинском учреждении.

Со мной согласованы: технологии (методы), материалы и манипуляции, которые будут использованы в процессе лечения; ориентировочные сроки проведения ортопедического лечения, и его стоимость.

При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость и сроки лечения могут быть изменены в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

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

Мне сообщено и понятно, что отказ от рекомендованного плана лечения или частичное его выполнение может привести к негативным последствиям, и снимает все гарантийные обязательства с клиники. Так же меня уведомили, что поликлиника и её персонал не несёт ответственности за качество предоставляемых услуг в следующих случаях:

-возникновение аллергических реакций, не отмечавшихся ранее осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом, или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций; переделка и коррекция работ в другом лечебном заведении; ремонт, порча и коррекция протеза самим пациентом; истечением срока гарантии на оказанные услуги; неудовлетворительное состояние гигиены полости рта; осложнения возникшие в зубах, лечение которых проводилось в других клиниках; при использовании под опору зубов: пролеченных условно; с диагнозом повторная эндодонтия с необтурированными вследствие кальцификации каналами; после проведенных зубосохраняющих операций и включённых в опору в целях комплексного лечения пародонтопатий.

Я уведомлен, о возможных конструктивных, эстетических и функциональных особенностях искусственных ортопедических конструкций, не относящихся к существенным недостаткам оказанных услуг и не независимых от врача и правильности проведенных манипуляций, таких как: застревание пищи; наличие шахт для доступа к винтам; наличие видимых элементов фиксации съемных протезов (замки, кнопки, кламмера) и металлических частей коронок; отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций; чувствительность к сжатию зубов; изменение всех видов чувствительности при перекрывании частями протеза слизистой оболочки полости рта; необходимость применения специальных средств для лучшей фиксации съемных протезов; временное неудобство при жевании, изменение дикции; многократные примерки и коррекции протезов в процессе и после их изготовления, необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата протезирования; раскручивание винта, фиксирующего ортопедическую конструкцию на имплантатах; нарушение фиксации постоянных и временных конструкций; снижение качества фиксации съемного протеза в процессе эксплуатации из-за естественного физического износа элементов фиксации, что потребует активации или замены фиксирующих элементов.

Я поставил(-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных с моим здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и других компонентов.

Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о возможных нежелательных последствиях и результатах анестезии.

Я согласен на применение анестезии и соответствующих анестетиков за исключением \_\_\_\_\_ (указать какие, либо: без исключений).

Я понимаю, что для проведения качественного медицинского вмешательства необходимо проведение рентгенологического обследования: на этапах диагностики, в процессе лечения и контроля после окончания лечения (по необходимости, на усмотрение лечащего врача).

Мне разъяснено, что перед медицинским вмешательством я имею право отказаться от него или потребовать его прекращения за исключением случаев, предусмотренных в ч. 9 ст. 20 федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я понимаю необходимость регулярных осмотров и проведения профессиональной гигиены как одно из условий предоставления мне гарантийных обязательств на изготовленную ортопедическую конструкцию, и согласен (-на) приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и вписанному в Договор оказания медицинских услуг).

Я согласен(-на) на осмотр другими медицинскими работниками если это необходимо для оказания медицинской помощи.

Я согласен(-на) на фото и видеосъемку в процессе проведения лечения, а также на публикацию указанных материалов если это необходимо в научных, диагностических и контрольных целях с учётом сохранения врачебной тайны.

Я согласен(-на), что в случае наступления осложнений после оказания мне услуги или наступления гарантийного случая, их устранение осуществляет ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1» г. Белгород.

Предоставляю ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1 г. Белгорода» право осуществления фото- и видеofиксации, диагностики, консультации, лечения и оперативного вмешательства безвозмездно и без ограничений времени использования моего фото- и видеоизображения.

Разрешаю в случае необходимости, предоставить информацию о моём диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания, а так же стоимость платных мед.услуг моим родственникам, законным представителям, гражданам:

Я имел(-а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(-а) исчерпывающие ответы. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями и разрешаю приступить к предложенному лечению.

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

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.