

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Мне, _____
(ФИО)

Доктором _____
(ФИО)

предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом лечении.

Я понимаю, что нарушения в зубочелюстной области могут привести к ряду морфологических и функциональных нарушений в других частях организма.

Я понимаю, что протезирование — это заключительный этап ортопедического лечения, для эффективности которого на первом этапе может потребоваться проведение ряда мероприятий, кроме проведения хирургической и терапевтической санации. Это депульпирование, сошлифование зубов, коррекция прикуса, устранение парофункции мышц, устранение височно-нижнечелюстных суставов, ряд хирургических (коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, уздечек и др.) и пародонтологических вмешательств.

Я согласен с предложенным мне лечащим врачом планом лечения.

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

При наличии в полости рта разнородных материалов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта.

При проведении хирургических вмешательств могут увеличиваться сроки изготовления протезов.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других функциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.

Меня также предупредили, что при выявлении скрытых технологических дефектов увеличиваются сроки изготовления протеза, а в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза не за счет пациента.

«____ »____ 20__ г.
Пациент _____ / _____
Подпись _____ / _____
Расшифровки подписи

Врач _____ / _____
Подпись _____ / _____
Расшифровки подписи