

Информированное добровольное согласие пациента на
проведение ортопедического лечения

Мне, _____, врач-стоматолог ортопед предоставил всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Лечащий врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил на основании данных диагностики преимущества и сложности выбранного метода лечения. Я согласен(на), доверяю и предоставляю право лечащему врачу провести ортопедическое лечение дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей.

Я ознакомлен(а) с планом протезирования и проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования. Я понимаю, что перед началом курса ортопедического лечения необходимо произвести санацию и профессиональную гигиену полости рта в соответствии с рекомендациями лечащего врача.

Я ознакомлен(а) со всеми возможными альтернативными вариантами протезирования. Мне также объяснили, что при отказе от лечения могут быть: прогрессирование заболеваний пародонта, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности функции жевания, ухудшение эстетики, перелом зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой, после проведенного эндодонтического лечения), а также прогрессирование заболеваний желудочно-кишечного тракта и нервной системы.

Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строго соблюдать сроки, что необходимо выдерживать, для перехода к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Я понимаю, что зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается возрастным изменениям (как при наличии протеза, так и без него), которые проявляются в обнажении зуба, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому, через какое-то время, зависящее от скорости протекания процессов старения, которые строго индивидуальны у каждого человека, возникает необходимость коррекции либо переделки протеза.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

Со мной согласована стоимость отдельных этапов и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования: ортопантограмма, прицельный снимок, консультации стоматологов иного профиля и врачей общего медицинского профиля.

Я предупрежден(а), что перед окончательной фиксацией коронок (от трех и более единиц), по усмотрению врача, их ставят на временный цемент, что позволяет привыкнуть. Мне сообщили, что фиксация коронок на постоянный цемент происходит не позднее 2-4 недель, по усмотрению врача.

Я понимаю, что для поддержания конструкций в адекватном состоянии, я должен(должна) один раз в полгода с момента сдачи работы, проходить контрольный осмотр и при необходимости, профессиональную гигиеническую чистку.

Я предупрежден, что во время адаптационного периода протез (ортопедическая конструкция), установленная мне, может вызвать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти, натирание слизистой оболочки губ и щек, нарушение речеобразования и другие дискомфортные явления. Мне известно, что адаптационный период в среднем может длиться от 1 до 4 недель. При невыполнении рекомендаций ношения ортопедической конструкции и несвоевременном обращении с жалобой к лечащему врачу деньги за конструкцию, к которой я не смог привыкнуть, не возвращаются.

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 согласно плану лечения.

Ортопедическую работу принял(а). Цвет и форма зубов меня устраивают. Претензий к работе не имею.

Подпись пациента _____/_____/

«_____» _____ 20__ г