

Информированное добровольное согласие на ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

На основании ст. 20 ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 и приказа МЗ и СР РФ № 390н «Об утверждении перечня определенных видов медицинских вмешательств...» от 23.04.2012 г., ст. 10 «Закона о защите прав потребителей»

Пожалуйста, внимательно прочитайте каждый пункт и задайте врачу необходимые вопросы, прежде чем поставить свою подпись!

Фамилия, имя, отчество _____

1. Даю согласие на опрос, в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр в т.ч. пальпацию и перкуссию) антропометрические исследования, термометрию.

2. Я предупрежден(а) о применении рентгенографии, и о введении лекарственных препаратов по показаниям врача в/м, в альвеолярный отросток.

3. Я информирован(а) об имеющихся у меня заболеваниях полости рта, дефектах зубных рядов и мне разъяснена необходимость восстановления жевательной функции зубными протезами.

4. Мне предварительно разъяснили, что изготовленные зубные протезы не могут точно повторить анатомическую форму и положение ранее удаленных зубов в зубном ряду в следствие анатомических изменений альвеолярного отростка.

5. Мне предложена конструкция, которая отвечает требованиям методик и технологий:

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Включая временную конструкцию (пластмассовые коронки, имедиат протез) стоимостью _____ руб. Мне пояснили что временные конструкции позволяют сохранить эстетику и функцию жевания на весь период протезирования, сохранить высоту окклюзии и избежать проблем в височно-нижнечелюстном суставе, избежать переломов и перемещения, и расшатывания зубов, предотвратить рецессию десны опорных зубов.

ДА, предложенная конструкция мне понятна и я с ней согласен(а) _____

ДА, предложенная конструкция мне понятна и я с ней согласен(а) (КРОМЕ) изготовления временной конструкции _____

НЕТ, с предложенной конструкцией я не согласен и настаиваю на изготовлении зубного протеза:

— с опорой на зубы, которые имеют недостаточную высоту клинической коронки, что, может привести к расцементировке коронок на опорных зубах, сколу облицовки, разрушению опорных зубов и как следствие — изготовление нового протеза.

— с опорой на недостаточное количество зубов, что может привести к поломке протеза, сколу облицовки, расшатыванию опорных зубов.

— иное _____

Мне известно, что в этом случае протезирование производится без гарантии и невозможно определить срок службы протеза, а также вероятность возникновения нижеперечисленных неблагоприятных последствий.

Меня предупредили, что клиника не несет ответственности за осложнения возникшие в зубах, лечение которых проводилось в другом лечебном учреждении.

Меня предупредили, что при ортопедическом лечении в силу индивидуальных биологических особенностей человеческого организма существует определенный РИСК и возможность НЕПРЕДВИДЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.

Эти осложнения предполагают, но не ограничиваются следующим:

а) при обработке не депульпированного зуба — ожог пульпы и как следствие депульпирование зуба или проведение иной операции;

б) расцементировка опорных коронок;

в) разрушение опорных зубов кариозным процессом в течение непрогнозируемого промежутка времени;

г) скол эстетической облицовки по бытовым причинам;

д) изменение цвета облицовки в процессе эксплуатации протеза.

Не допускается ремонт, порча и коррекция работы (протеза) пациентом, или в другом лечебном учреждении.

Меня предупредили, что медицинские технологии не могут исключить вероятность вышеназванных осложнений.

6. Я ознакомлен с обязанностями пациента, обязуюсь строго соблюдать все рекомендации и предписания врача, следить за состоянием гигиены полости рта и зубных протезов.

7. Я ознакомлен(а) с прейскурантом цен, и с тем что в связи с изменением плана лечения — возможно изменение стоимости лечения. Я готов внести авансовый платеж в размере 50% от общей стоимости протеза.

8. Пациент имеет право отказаться от одной или нескольких услуг, согласно перечня, и он информирован о возможных последствиях.

**МНЕ ПОНЯТЕН СМЫСЛ КАЖДОГО ПУНКТА ДАННОГО ДОКУМЕНТА,
Я ДОБРОВОЛЬНО ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ НА ВЫШЕУКАЗАННЫХ УСЛОВИЯХ.**

« _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента _____

Подпись медработника _____