

**Добровольное информационное согласие
на предоставление ортопедических стоматологических услуг**

Я, _____,
паспорт серия _____ № _____ выдан _____, дата выдачи _____

уполномочиваю врача-стоматолога _____
провести ортопедическое лечение дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей. Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ась) с предлагаемым лечением и мог(ла) отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Подпись пациента _____ / _____ /.

Врач обосновал необходимость проведения ортопедического лечения. Я знакомлен (на) с наиболее рациональным планом протезирования и проведения подготовительных мероприятий.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае, будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного аппарата). Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также обще-соматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, а также соблюдать сроки, которые необходимо выдержать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза. **Х о т я** предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, т.к. полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов, и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал (а) врача обо всех случаях аллергии и медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Мне были объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные варианты. Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

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

Подпись пациента _____ / _____ /

Претензии к эстетике реставрации, форме и цвету (виниры, вкладки, накладки, мосты, съемные протезы и др.) не имею.

Подпись _____ / _____ /

Разрешаю постоянную фиксацию ортопедической конструкции. Подпись _____ / _____ /

Пациент: _____ / _____ /

Врач: _____ / _____ /

(подпись пациента)

(подпись врача)

Дата _____

СРОК ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТ по договору № _____ с _____ по _____

Дата: _____ подпись _____ / _____ /.