

ПОЖАЛУЙСТА, ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАЙТЕ КАЖДЫЙ ПУНКТ И ЗАДАЙТЕ ВРАЧУ НЕОБХОДИМЫЕ ВОПРОСЫ, ПРЕЖДЕ ЧЕМ ПОСТАВИТЬ ПОДПИСЬ.

ООО «Стоматологический центр Никитина»

Информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение

В соответствии со статьями 30,31,32,33 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», утв. ВС РФ 22.07.1993г. №5487-1 в ред. от 03.06.2003г.

Фамилия, имя, отчество _____

1. Доктор тщательно обследовал мои зубы и полость рта. Мне объяснили все существующие методы лечения моего состояния зубной системы. Я обсудил(а) с доктором все положительные и отрицательные моменты предложенных мне методов лечения. Мне понятен план, объем и цели лечения, возможные осложнения на этапах лечения и необходимость возможного дополнительного обследования, изменения сроков лечения, дополнительной оплаты. Я обязуюсь строго исполнять все рекомендации лечащего врача.

2. Мне предварительно объяснили, что изготовленные зубные протезы не могут точно повторять анатомическую форму и положение ранее удаленных зубов в зубном ряду, вследствие анатомических изменений альвеолярного отростка.

3. Мне предложили конструкцию, 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

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

(подпись)

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

(подпись)

- с опорой на зубы, которые имеют недостаточную высоту коронковой части, что может привести к расцементированию коронок на опорных зубах, сколу облицовки, разрушению опорных зубов и как следствие – изготовление нового протеза;

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

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

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

(подпись)

4. Я полностью информировал(а) врача о своем физическом, душевном здоровье, наличии у меня аллергических или необычных реакций на лекарства, пищу, укусы насекомых, обезболивающие препараты, и о сопутствующих заболеваниях.

Я даю разрешение доктору использовать любого ассистента данной клиники, участие которого в моем лечении он сочтет необходимым, а также приглашать для консультации других врачей клиники.

5. 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 необходимость депульпирования зуба;

б) расцементировка опорных коронок;

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

г) скол эстетической облицовки по бытовым причинам;

Мне понятен смысл каждого пункта данного документа, я добровольно даю согласие на протезирование на вышеуказанных условиях.

6. Я уведомлен, что несоблюдение указаний (рекомендаций) лечащего врача, в том числе назначенного режима лечения могут снизить качество медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

7. Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридически значимым документом.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

« _____ » _____ 20 ____ г.