

ООО «Стоматологическая поликлиника «Ростошь»
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение ортопедического лечения дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона № 323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

врачом _____ проинформирован(а)
о необходимости ортопедического лечения дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей.

1. Настоящее информированное добровольное согласие содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

2. Я ознакомлен(а) с планом протезирования и проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования. 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, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания нервной системы.

3. Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать, прежде чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

4. Я понимаю, что хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее протезирование является своего рода вмешательством в мой организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования.

ООО «Стоматологическая поликлиника «Ростошь»
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение ортопедического лечения дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона № 323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

врачом _____ проинформирован(а)
о необходимости ортопедического лечения дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей.

1. Настоящее информированное добровольное согласие содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

2. Я ознакомлен(а) с планом протезирования и проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования. 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, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания нервной системы.

3. Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать, прежде чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

4. Я понимаю, что хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее протезирование является своего рода вмешательством в мой организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования.

5. 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 у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции либо переделки протеза.

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

7. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и приеме анальгетиков и антибиотиков, аллергических реакциях.

8. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

9. Я подтверждаю согласие на проведение ортопедического лечения дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей.

« _____ » _____ 20 ____ года

подпись пациента

Фамилия (полностью) И.О.

подпись врача

Фамилия (полностью) И.О.

Отп. в ООО «Агентство «Пресса», г. Оренбург, ул. Пролетарская, 15, т. 21-81-27

5. 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 у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции либо переделки протеза.

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

7. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и приеме анальгетиков и антибиотиков, аллергических реакциях.

8. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

9. Я подтверждаю согласие на проведение ортопедического лечения дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей.

« _____ » _____ 20 ____ года

подпись пациента

Фамилия (полностью) И.О.

подпись врача

Фамилия (полностью) И.О.

Отп. в ООО «Агентство «Пресса», г. Оренбург, ул. Пролетарская, 15, т. 21-81-27