

## Приложение №1

### Информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение.

от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Мне, \_\_\_\_\_,  
врачом \_\_\_\_\_

предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом ортопедическом лечении.

Ортопедическое лечение имеет своей целью долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию.

Я ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования.

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 органа). Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирующее зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирующее заболевание пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я согласен (а) с предложенным мне планом лечения.

Я проинформирован (а), что в период проведения манипуляций в полости рта; анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи.

При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.

Меня предупредили, что в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

При оказании ортопедической помощи гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, обговоренному с доктором и записанному в медицинскую карту.

Я проинформировал врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я имел (а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил (а) исчерпывающие ответы на них.

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

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне ортопедического лечения.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_