**Информированное добровольное согласие пациента на проведение протезирования (ортопедического лечения) зубов.**

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со ст.20 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ" Об основах охраны здоровья граждан».

Я, «Клиент.ФИО», (Ф.И.О. пациента) получил (а) от моего лечащего врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. врача) всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении и планом подготовительных мероприятий, об альтернативных методах лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза).

Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения и протезирования и мог (могла) отказаться от него. Я ознакомился(ась) с альтернативными методами лечения и выбрал наиболее подходящий для себя вариант лечения и понимаю, что невыполнение рекомендаций доктора либо в силу других причин данный вариант лечения может быть неуспешным. В случае возникновения спорных ситуаций претензий не имею, так как понимаю, что это может произойти вследствие различных причин, связанных с общим состоянием организма, несоблюдением гигиены полости рта, рекомендаций доктора.

Последствиями отказа от протезирования в моем случае могут быть:

-перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после эндодонтического лечения, вторичные деформации зубных рядов, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, повышенная стираемость зубов, заболевания височно-нижнечелюстного сустава, заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология и др.

Я полностью осознаю, что в процессе лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение необходимого результата.

Я подтверждаю, что предварительно проинформирован(а) врачом о возможности индивидуальной аллергической реакции и развития осложнений при любых манипуляциях в полости рта и проведении анестезии.

Врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, протезирование является медицинским 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.

При наличии патологии височно-челюстных суставов, нейропатологии и миофуцкциональных расстройствах могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам (тошнота, нарушение функций речи, глотания), боли в височно-нижнечелюстном суставе, ограничение открывания рта, спазмы жевательной и мимической мускулатуры.

Обязуюсь приходить на контрольные осмотры и коррекции протезов в сроки, назначенные врачом.

Я понимаю, что зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается изменениям (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в обнажении корня зуба, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки ортопедической конструкции.

Я осознаю риск, связанный с анестезией, которая может вызвать сердцебиение, повышение давления, отек и воспаление в месте инъекции, аллергическую реакцию, кровотечение, гематому, временную потерю чувствительности языка, губ, неба, кожи лица и шеи.

Я даю разрешение делать инъекции, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, лечения, протезирования, а также для документирования результатов медицинского вмешательства.

Я проинформирован(на) врачом и понимаю, что необходимо соблюдать рекомендации врача по вопросам питания, гигиенического ухода за полостью рта и протезами.

Я понимаю вероятность возникновения осложнений, необходимость их устранения и согласен(на) оплатить все необходимые дополнительные мероприятия и процедуры в полном объеме

Я предупрежден(на) врачом, что гарантия устанавливается только на постоянную (окончательную) ортопедическую конструкцию, на диагностические этапы и временные конструкции гарантия не распространяется.

Я понимаю, что гарантия на постоянную конструкцию может измениться ввиду неявки на контрольные осмотры, несвоевременной оплаты, и также в случае травм челюстно-лицевой области.

Я внимательно ознакомился(ась) с текстом данного документа, понимаю его содержание и значение.

Настоящее информированное согласие является неотъемлемой частью амбулаторной карты.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г.            \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «Клиент.ФИО»

                                                                 подпись                          ФИО полностью

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал(а) ответы на все вопросы. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

        подпись                              ФИО врача

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Диагноз | Контрольный осмотр | Подпись пациента | Дата | Диагноз | Контрольный осмотр  | Подпись пациента |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |