

**ООО «АЛЬДЕНТЕ»**

**Информированное согласие пациента на проведение амбулаторного стоматологического вмешательства по протезированию зубов**

Этот документ не является договором, не предусматривает никаких обязательств, не снимает ответственности с персонала клиники и подписывается пациентом в соответствии с требованиями закона «Об охране здоровья граждан»

Я, \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)

обращаюсь в ООО«Альденте» для проведения ортопедического лечения дефектов зубов или (и) зубных рядов. Этот документ подтверждает, что я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым планом протезирования, а также альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение ортопедического лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Доктор поставил мне следующий диагноз:

\_\_\_\_\_ и обосновал необходимость проведения ортопедического лечения (протезирования зубов).

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом 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, рецидивы деструктивных процессов в зубах и тканях челюсти).

Последствиями отказа от протезирования в моем случае могут быть: прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением окружающей кости, перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, вторичные деформации зубных рядов, снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, повышенная стираемость зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Примерка ортопедических конструкций подразумевает многократное посещение, коррекцию цвета, формы и т.д. и это не является существенным недостатком.

Доктор объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, важность соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, протезирование является 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. Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается иволютивному 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 иволютивных процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки ортопедической конструкции.

При выборе временной фиксации изготовленных мне коронок, я осознаю важность аккуратного их использования и возможность сохранности работы. В случае утери работы я несу за нее ответственность.

Я понимаю, что итоговый результат протезирования может отличаться от ожидаемого мною, и что искусственные коронки эстетически могут быть различны по цвету и прозрачности, если исходные условия (цвет и материал культи зуба) на разных зубах будут неодинаковыми.

Я осознаю риск, связанный с анестезией, которая может вызвать нарушение сознания и дыхания, дисфункцию мышц, судороги, сердцебиение, коллапс, повышение АД, отек и воспаление в месте инъекции,

отек Квинке, анафилактический шок, аллергию, крапивницу, кровотечение, гематому, некроз тканей, потерю чувствительности языка, губ, неба, кожи лица и шеи.

Понимая сущность предложенного протезирования и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом. Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы.

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 разрешаю (не разрешаю) использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности без указания моего имени и фамилии.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого врача или ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана протезирования в процессе выполнения работ.

**Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ЛИЧНО ПРОЧИТАЛ ДОКУМЕНТ И СОЗНАТЕЛЬНО ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ВЫШЕОГОВОРЕННОЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ, И ЧТО ВСЕ СВЯЗАННЫЕ С НИМ ОБЪЯСНЕНИЯ БЫЛИ СДЕЛАНЫ.**

Пациент: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

*Примечание:* при приеме детей до 18 лет обязательно подписывается родителем (опекуном) или сопровождающим лицом.