

Общество с ограниченной ответственностью «АРТИ»

ИНН/КПП 5032296173/503201001 ОГРН 1185053010691

Лицензия № ЛО41-01162-50/00340605 выдана Министерством здравоохранения Московской области
13.02.2020г.

Приложение №1 к договору
на оказание платных стоматологических услуг

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Ортопедическое лечение

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства,

Я _____ (фамилия, имя, отчество пациента)
проинформирован(а) о поставленном диагнозе и необходимости лечения:

Дата	Наименование конструкции, номера зубов, цвет	Стоимость	ФИО подпись пациента

Я получила(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения.

Я понимаю, что результатом протезирования является установка искусственных зубов вместо утраченных для обеспечения жевания пищи и эстетической целостности зубных рядов.

Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и планом самого протезирования, с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые будут иметь иной клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа).

Выбирая данную конструкцию протеза, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические недостатки и возможные неудобства при пользовании протезом: _____

_____ ,
которые будут бесплатно устранены только в период гарантийного срока. Я соглашаюсь с тем, при моем отказе от протезирования на имплантатах полностью или частично, опорные зубы протеза будут обточены.

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

Я соглашаюсь с тем, что при протезировании есть необходимость обтачивания зубов (препарирования эмали тонким слоем) для установки коронок на опорные зубы, виниров, вкладок.

Я соглашаюсь с тем, что для опоры протеза необходимо провести депульпирование (удаление нервов, при этом зуб становится неживым, но успешно выполняет функцию опоры протеза) и пломбирование корней зубов _____.

Лечащий врач информировал меня о возможности либо удаление нервов из _____ зубов (депульпирование) либо их сохранения (витальное протезирование).

Я соглашаюсь с тем, что при витальном протезировании (сохранении нерва и пульпы зубов) _____ в дальнейшем в редких случаях возможно возникновение:

- боли в обточенном зубе (возникновение пульпита). Обычно пульпит возникает на этапе временных коронок, в таком случае приходится проводить депульпирование зуба за дополнительную плату;
- повышенной чувствительности (болевого синдрома небольшой интенсивности) в указанных зубах. Данная ситуация может сохраняться длительное время и, при моей непереносимости возникшей повышенной чувствительности, может потребоваться снятие ортопедической конструкции и депульпирования зуба(ов).

Я соглашаюсь с тем, что при сохранении пульпы зуба(ов) и возникновении в будущем вышеуказанных явлений, единственным способом их устранения является снятие ортопедической конструкции с данных зубов и их депульпирование. Таким образом, я соглашаюсь с тем, что при снятии протеза для депульпирования зуба(ов), конструкция протеза нарушается и необходимо изготовление нового протеза, стоимость которого я обязуюсь оплачивать дополнительно. Понимая все вышеуказанное, я добровольно соглашаюсь на установление гарантийного срока и срока службы по протезированию, с использованием в качестве опоры вышеуказанных

витальных зубов, в отношении возникновения дискомфорта, болевого синдрома или повышенной чувствительности в указанных зубах, равному каждому одному дню. В отношении остальных свойств протеза, гарантийный срок и срок службы устанавливается согласно Положению о гарантийном сроке и сроке службы и (или) гарантийном паспорте (талоне) лечащим врачом.

Я понимаю необходимость строго следовать этапам протезирования и соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Мне понятно, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает, и это может приводить к их разрушению. Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами, а также обязуюсь приходить на контрольные осмотры в соответствии с рекомендациями врача.

Я знаю, что в качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые или качественно подготовленные (пролеченные) зубы и ткани пародонта, а также извещен(а) о необходимости рентгенологического исследования. Я понимаю, что если я настаиваю на использовании в качестве опоры протеза _____ зубы (с недостаточно надежно пломбированными корневыми каналами, с очагами деструкции в области верхушки корня, с заболеванием пародонта и другими отклонениями от нормы (которые не удалось устранить в процессе лечения)), то возрастает риск обострения заболевания зуба и ухудшения его состояния, что может привести к удалению зуба и, соответственно, необходимости снятия всего зубного протеза. При этом я соглашаюсь с тем, что деньги за протезирование мне возвращены не будут и мне будет необходимо оплачивать изготовление нового протеза. Настаивая на вышеуказанном, я беру на себя риск возникновения осложнений в опорных зубах и соглашаюсь на установление гарантийного срока и срока службы на протезирование с опорами на вышеуказанных зубах, равным каждой одной неделе.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраниться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных и наркотических веществ.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Я проинформирован(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к применяемым при протезировании материалам и лекарственным средствам в прошлом и в настоящем и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Мне понятно, что существует вероятность возникновения непереносимости (аллергической реакции) на материалы, используемые при протезировании (пластмасса, металлы и прочие составляющие применяемых при протезировании материалов). Поэтому при возникновении аллергической реакции и невозможности пользования протезами и их снятии, я соглашаюсь считать медицинские услуги по протезированию зубов выполненными надлежащего качества, при этом стоимость оказанных услуг не возвращается.

Я соглашаюсь с тем, что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятие оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи.

Я соглашаюсь с тем, что во время эксплуатации надлежащим образом изготовленных и установленных протезов (особенно при пережевывании и откусывании с силой), есть вероятность возникновения переломов протезов, трещин и отколов облицовочного материала, изменение цвета, стирание зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах и др.

Я понимаю, что расцементировка (подвижность или выпадение) временной конструкции (моста, коронки), установленной на временный цемент, а также расцементировка постоянной конструкции, установленной на

временный цемент для адаптации к протезу, могут происходить с высокой вероятностью во время эксплуатации надлежащим образом изготовленных и установленных временных и постоянных протезов и коронок, особенно при пережевывании и откусывании грубой пищи, что является особенностью фиксации конструкции на временный цемент и не является недостатком протезирования (в том числе неоднократная расцементировка). Я соглашаюсь, что при расцементировке мне необходимо безотлагательно явиться в клинику для повторной установки конструкции на временный цемент, что будет сделано бесплатно. При расцементировке может произойти выпадение конструкции, возможно даже произойдет ее потеря, поэтому я соглашаюсь оплатить повторное изготовление утраченной конструкции.

Я соглашаюсь с тем, что некоторые ортопедические конструкции (коронки, штифты и др.) в силу своего небольшого размера при неконтролируемых движениях языком и глотательных движениях могут быть мною проглочены, а при дыхании через рот могут попасть в дыхательные пути, что может потребовать оказания неотложной медицинской помощи и причинить вред моему здоровью и необходимость оплаты дополнительного лечения. Я обязуюсь строго следовать указаниям врача, избегать глотания и движения языком, осуществлять дыхание только через нос во время выполнения манипуляций в полости рта. При нарушении данных рекомендаций и проглатывании (потери коронки) затраты в размере 50% на изготовление новой ортопедической конструкции я обязуюсь возместить.

Я соглашаюсь с тем, что при наличии патологии височно – нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, поломки протеза и прогрессировании патологии сустава. Понимая вышеизложенное, я отказываюсь от комплексного протезирования, направленного на восстановление функции височно – нижнечелюстных суставов в пользу текущего плана протезирования.

Я соглашаюсь с тем, что невозможно гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом после истечения гарантийных обязательств на протезирование, поэтому со временем возможно развитие патологии в опорных зубах и необходимости снятия текущей конструкции и ее замены.

Я соглашаюсь с тем, что со временем в районе протезированных зубов может возникнуть рецессия (оголение) десны, которую необходимо устранять (в т.ч. хирургическим путем).

Я соглашаюсь с тем, что при использовании протезов возможны дискомфортные ощущения в ротовой полости, привыкание к которым требует времени и, при необходимости, процедур коррекции. Я соглашаюсь с тем, что в редких случаях, даже после неоднократных коррекций протезов, возможна ситуация, когда пациенту не удастся привыкнуть к протезам вследствие возникновения субъективных дискомфортных ощущений во время пользования протезами, поэтому соглашаюсь с тем, что возникновение непривыкания к протезам не является существенным недостатком протезирования, так как основано на субъективных ощущениях взаимодействия слизистой и органов ротовой полости с инородным материалом, независящих от способов и материалов протезирования.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения и вероятность возникновения нежелательных явления и осложнений. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных обязательствах на ортопедическое лечение и зубные протезы, об условиях предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь прав на гарантию.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании без указания имени и фамилии, фотографии моих зубов (без лица) и полости рта в научных и учебных целях, для оценки качества протезирования, публикации на сайте клиники, для публикации в научной литературе, а так же предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомилась (ознакомился) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения ортопедического лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ /
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ /
(подпись врача) (ФИО полностью)

Дата «__» _____ 202__ г.