

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**  
**Протезирование съемными ортопедическими конструкциями**

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 получил(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.

Мне понятны: план проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и план самого протезирования, возможность применения альтернативных вариантов протезирования (я отказываюсь от протезирования несъемными конструкциями и протезирования на имплантатах, которые будут иметь лучший 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 недостатки в виде необходимости времени для привыкания к протезам, возможном постоянном чувстве дискомфорта и неудобства при использовании протеза (включая вероятность непривыкания к протезам), образования потертостей на слизистой оболочке полости рта, необходимости периодических коррекций протезов, ухудшения со временем фиксации и стабилизации протеза в полости рта, необходимости перебазировки протеза, которые будут бесплатно устранены только в период гарантийного срока.

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

Я соглашаюсь с тем, что при съемном протезировании, протезы зубов не фиксируются постоянно в полости рта, существует возможность извлечения (снятия) протеза из ротовой полости (при этом нахождение протеза вне ротовой полости может приводить к повреждению протеза), протезы требуют специального ухода (меры ухода указываются дополнительно в Памятке).

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 и нейропатология.

Я соглашаюсь с тем, что при протезировании есть необходимость обтачивания зубов (препарирования эмали тонким слоем) для установки креплений систем фиксации съемного протезирования.

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

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 приготовленные (пролеченные) зубы и ткани пародонта, а также извещен(а) о необходимости рентгенологического исследования.

Я знаю, что в качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые или качественно приготовленные (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 каждый одной неделе.

Я информирован(а) о том, что в случае изготовления бюгельного протеза на телескопической фиксации с использованием вторичных телескопических колпачков, необходимо производить платную замену вторичных гальванических колпачков в связи со снижением качества фиксации из-за физического износа фрикционных частей. Такую замену необходимо производить один раз в 2 года в том случае, если первичная (несъемная) часть изготовлена из сплавов драгоценных металлов. В случае изготовления первичного колпачка из неблагородных сплавов, которые отличаются повышенной твердостью, физический износ гальванического колпачка происходит быстрее. Я соглашаюсь с тем, что при протезировании с использованием бюгельного протеза на опорных зубах будут видны фиксирующие элементы (замки).

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 регистрироваться в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Я проинформировал(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 так же о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Мне понятно, что существует вероятность возникновения непереносимости (аллергической реакции) на материалы, используемые при протезировании (пластмасса, металл 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, коррективке 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 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.

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 я 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, независимых от способов и материалов протезирования.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я соглашаюсь 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 гарантировано 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 лишюсь прав на гарантию.

Я соглашаюсь соблюдать рекомендации врача по использованию зубных протезов, в том числе изложенных в Памятке. Я понимаю, что при невыполнении рекомендаций, в том числе пережевывании грубой и твердой пищи, возможна возникновение осложнений и дефектов протезов, в том числе поломка протеза и его попадание его частей в пищеварительный тракт и дыхательные пути.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся 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 и/или услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) 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.