

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 на имплантатах

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). Я выбираю следующую фиксацию коронки на имплантате: винтовая или цементная.

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 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 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, зубные имплантаты, а также извещен(а) о необходимости рентгенологического исследования.

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 проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к применяемым при протезировании материалам и лекарственным средствам в прошлом в прошлом 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, 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 некоторые ортопедические конструкции (коронки, винты, 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 имплантатов и опорных зубов под протезом после истечения гарантийных обязательств на протезирование, поэтому со временем возможно развитие патологии в имплантате и/или опорных зубах и необходимости снятия текущей конструкции и ее замены.

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 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, независимых 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 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 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 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 «__» _____ 20__ г.