

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
Витальное протезирование с использованием виниров**

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

Виниры — это тонкостенные реставрации с сохранением максимальных тканей зубов.

Я соглашаюсь с тем, что при установке виниров на ранее леченные зубы (установленные пломбы занимают часть поверхности зубов), контактные пункты необходимо перекрывать для достижения эстетического результата, поэтому производится препарирование под виниры с симметричным перекрытием полностью пломбированных поверхностей зубов (чтобы перекрыть отличающиеся по цвету пломбы).

Лечащий врач информировал меня о возможности либо удаление нервов из _____ зубов (депульпировании) 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 винира и депульпирования зуба(ов).

Я соглашаюсь с тем, что при сохранении пульпы зуба(ов) и возникновении в будущем вышеуказанных явлений, единственным способом устранения которых является снятие виниров с данных зубов и их депульпировании. При этом винир будет неустранимо нарушена и потребуются изготовление новой конструкции, что требует дополнительной оплаты.

Понимая все вышеуказанное, я добровольно соглашаюсь на установление гарантийного срока и срока службы по протезированию, с использованием в качестве опоры вышеуказанных зубов, в отношении возникновения дискомфорта, болевого синдрома или повышенной чувствительности в указанных зубах, равному каждый 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.

Таким образом, я соглашаюсь с тем, что при снятии винира для депульпирования зуба(ов), конструкция протеза нарушается и необходимо изготовление нового протеза (винира), стоимость которого я обязуюсь оплачивать дополнительно.

Я соглашаюсь с тем, что при использовании виниров возможны дискомфортные ощущения в ротовой полости, а также субъективное восприятие новой формы зубов, привыкание к которым требует времени и, при необходимости, процедур коррекции. Я соглашаюсь с тем, что в редких случаях, даже после неоднократных коррекций, возможна ситуация, когда пациенту не удастся привыкнуть к винирам вследствие субъективных оценки формы зубов или ощущений во время пользования винирами, поэтому я соглашаюсь с тем, что возникновение непривыкания к винирам не является существенным недостатком протезирования, так как основано на субъективных ощущениях и восприятии формы, независящих от способов и материалов протезирования.

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, имеющихся в настоящем документе.

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 лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

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

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

Дата «__» _____ 202_ г.