

## Информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение

Я, {{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.дата\_рождения\_год}}

(ФИО полностью), года рождения

проживающий (ая) по адресу: {{пациент.адрес}}

{% if пациент.представитель\_имеется %}

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан

Я, {{пациент.представитель\_фио}}

Паспорт: {{пациент.представитель\_документ\_номер}} выдан {{пациент.представитель\_документ\_выдал}}

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:

{{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.дата\_рождения\_год}}

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

{% else %} {% endif %}

В соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 21.11.2013 г. № 317-ФЗ даю **информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.**

Я даю согласие на проведение при необходимости следующего вмешательства:

### 1. Ортопедическое лечение

Врач обосновал необходимость проведения ортопедического лечения.

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом ортопедического лечения.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

Целью ортопедического лечения является долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическая реабилитация.

Последствиями отказа от протезирования могут быть:

• перелом зуба при отказе покрыть зуб коронкой после эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций

• прогрессирующее заболевание пародонта

• дальнейшее снижение эффективности жевания

• ухудшение эстетики

• быстрая утрата оставшихся зубов

• нарушение речи

• заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава

• общие заболевания желудочно-кишечного тракта и нервной системы.

Меня 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 дальнейшего разрушения зубов).

Я понимаю, что в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения, допустима коррекция намеченного плана и технологий лечения, о чем меня предварительно уведомит врач.

Я проинформирован(-на) о возможных сопутствующих проявлениях:

• при анестезии, обработке зубов, снятии оттисков, корректировке прикуса возможны онемение языка, губ, индивидуальные аллергические реакции, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов

• при наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, онемение языка и губ, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта

• при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушения функций речи, жевания, глотания, поломки протезов.

Я предупрежден (-на), что во время адаптационного периода протез (ортопедическая конструкция) может вызвать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти, натирание слизистой оболочки губ и щек, нарушение речи и другие дискомфортные ощущения.

Я понимаю, что зубочелюстная система в течение жизни подвергается возрастным изменениям (как при наличии протеза, так и без него), которые проявляются в атрофии десны, атрофии костной ткани, стираемости поверхности зубов, что влечет за собой необходимость коррекции конструкции протеза или его переделку. Время коррекции или переделки протеза зависит от скорости изменений в полости рта конкретного человека.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе ортопедического лечения; ориентировочные сроки проведения лечения и его стоимость, т.к. объем работы можно будет определить только в процессе лечения.

Я понимаю, что:

• для постановки точного диагноза и проведения эффективного лечения может потребоваться дополнительное обследование и рентгенологический контроль качества лечения; консультация врачей стоматологов иного профиля; консультация врача общего медицинского профиля

• условием эффективного лечения является выполнение мною плана лечения, плана индивидуальных профилактических мероприятий и соблюдение всех рекомендаций и назначений врача.

Я удостоверяю своей подписью следующие факты:

• мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении: о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

• я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

Я так же даю согласие на использование врачом моих/ лица, в интересах которого дается ИДС фото- и рентгеновских снимков в

научных публикациях, для демонстрации работ (лекции, интернет) без указания персональных сведений, а так же при решении спорных вопросов в судебном порядке.

**Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) следующего медицинского вмешательства врачом {{пользователь\_дто.специалист.фио}}: Ортопедическое лечение**

Подпись врача: \_\_\_\_\_

Подпись пациента/законного представителя: \_\_\_\_\_

Дата {{документ.текущая\_дата\_дд\_мм\_ггг}}