

Информированное добровольное согласие на установку виниров (люминиров)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения

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 %}}

Соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач стоматолог-ортопед {{визит_на_прием.специалист.фио_полное}} (далее по тексту - врач).

(ФИО врача)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата за медицинское вмешательство производится в день проведения по прейскуранту Клиники.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

№	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1	A16.07.003	Восстановление зуба вкладками, виниром, полукоронкой	

Виниры – фарфоровые или керамические накладки, заменяющие внешний слой зубов. Они обладают не только эстетической функцией, но и обеспечивает надежную защиту от последующих разрушений.

Мне разъяснены показания к установке виниров: неудовлетворительный цвет эмали; скол угла коронки зуба; улучшение формы и размера зуба; закрытие диастемы десневая улыбка; некариозные поражения; множественные реставрации; локальная протрузия или ретрузия легкой степени и др.

Мне разъяснены противопоказания к установке виниров: возраст до 18 лет; патология прикуса; вредные привычки; частичное или полное отсутствие зубов; значительное разрушение коронковой части, беременность (в случае необходимости стачивания зубов т.к. во время манипуляции может потребоваться длительное обезбоживание, а беременность ограничивает выбор анестетика).

Мне разъяснено, что предварительно перед установкой виниров рекомендовано пройти профессиональную гигиену и санацию полости рта.

Мне также разъяснено, что нельзя фиксировать виниры на зубы с кариозным процессом, не подготовив поверхность эмали и при наличии воспаления десен. В противном случае через время это усилит разрушение и приведет к быстрому размножению инфекции.

Мне разъяснено, что при установке виниров в большинстве ситуаций требуется обточка зубов.

Мне разъяснено, что существуют следующие типы виниров: керамические, композитные, люминиров, которые различаются по прочности, эстетическим характеристикам, способу изготовления.

Мне разъяснено, что керамические виниры изготавливаются индивидуально под определенный зуб. Их производят из полевошпатной керамики (фарфора), дисиликата лития или стеклокерамических смесей.

Также керамические виниры делятся на классические (керамические накладки изготавливаются из прессованной керамики, которая накладывается на специальный каркас и обжигается в печи) и рефракторные ((бескаркасные) изготавливаются из полевошпатной керамики, которую наносят послойно).

Мне разъяснено, что композитные виниры изготавливают из композитных смол. Существует две разновидности:

-прямые композитные виниры, которые изготавливаются непосредственно во рту пациента;

-непрямые композитные виниры, которые, как и керамические, изготавливаются заранее.

Мне разъяснено, что виниры не рекомендовано устанавливать на жевательные зубы, поскольку керамическая или композитная ортопедическая конструкция не выдержит жевательной нагрузки. Поэтому виниры рекомендовано ставить только на передние зубы, расположенные в зоне улыбки.

Мне разъяснено, что срок службы виниров зависит от качества материала и установки, а также от того, как пациент ухаживает за полостью рта. В среднем керамические виниры не требуют ремонта или замены 10–15 лет, композитные – 5–10 лет, срок службы люминиров достигает 20 лет.

Мне разъяснено что технология установки виниров отличается в зависимости от их вида.

Мне разъяснены преимущества установки виниров: высокая эстетика зубного ряда в зоне улыбки; долговечность; отсутствие негативного влияния на организм (биосовместимость); минимальное препарирование; комфорт во время жевания; повышенная прочность; возможность скрыть сколы, а также трещины на зубах; быстрое привыкание, простота гигиенического ухода; отсутствие изменения дикции.

Мне разъяснена процедура установки керамических и непрямых композитных виниров. Сначала врач снимает слой эмали с зуба и делает с него гипсовый или оптический (цифровой) слепок, по которому в лаборатории изготавливают винир (в среднем этот процесс занимает около двух недель). На этот период пациенту могут установить на обточенный зуб временный винир. Когда постоянный винир готов, врач приклеивает его на зуб с помощью специального состава, который не просто фиксирует пластину, но приводит к ее сращиванию с зубом.

Мне разъяснена процедура прямых композитных виниров. Процедура установки такого типа виниров напоминает создание пломбы. Врач наносит композитный раствор на поверхность зуба, ровняет лопаткой, а затем отвердевает его с помощью света. Затем поверхность пластины обтачивают и шлифуют.

Мне разъяснено, что после установки композитных виниров рекомендовано ограничить напитки и продукты, в которых много пигментов. Цвет композита может поменяться. В случае керамических виниров следует отказаться от раскалывания зубами орехов и других твердых предметов, т.к. это может повредить целостности винира.

Мне разъяснено, что люминиры это одна из разновидностей виниров. Они представляют собой тонкие пластинки, которые устанавливаются на передние зубы. Главным отличием люминиров от виниров является толщина пластинок. Виниры имеют толщину 0,7 мм, в то время как толщина люминиров составляет всего 0,2 мм. Из-за разницы в толщине появляется и разница в установке.

Мне разъяснено, что цвет люминиров подбирается индивидуально по специальной шкале, поэтому зубы будут выглядеть естественно. Установка производится на фронтальные зубы как минимум на 8 единиц. Установить люминир на один зуб не рекомендовано, так как он будет сильно отличаться от остального зубного ряда.

Мне разъяснено, что существуют два вида люминиров: Cerinate и DUO-PCN.

Cerinate - изготавливаются по индивидуальным слепкам, которые снимаются в кабинете врача и направляются в лабораторию (как правило это занимает около двух месяцев). После этого лаборатория изготавливает люминиры и отправляет их в клинику, после чего начнется процесс установки.

DUO-PCN – изготавливаются не по индивидуальному заказу, а по шаблону, т. е. изделия являются универсальными, «подгонку» под пациента врач осуществляют на месте.

Мне разъяснено, что люминиры фиксируются на суперсильный цемент, поскольку рассчитаны на ношение в течение двадцати лет. При установке люминиров не требуется обточка зубов.

Я информирован(а), что альтернативными методами лечения являются восстановление разрушенного зуба коронками или удаление зуба.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства: индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи. Также возможна повышенная чувствительность зубов после их шлифовки.

Мне разъяснено, что при появлении вышеуказанных последствий и осложнений после завершения лечения или любого из его этапов мне (представляемому) необходимо незамедлительно обратиться в клинику для дополнительного обследования и консультации с врачом.

Мне разъяснена необходимость применения обезболивания (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 и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Я информирован(а), что негативные последствия для моего (представляемого) здоровья (вред жизни и здоровью) возможны в следующих ситуациях: вследствие возрастных, наследственных, иммунологических и других особенностей моего (представляемого) организма; вследствие несоблюдения рекомендаций (назначений) лечащего врача во время и после лечения; вследствие любых моих (представляемого) самовольных действий (бездействий) без предварительного согласования с лечащим врачом; вследствие отказа от любой составляющей медицинской помощи, назначенной лечащим врачом; вследствие самовольного препятствия своевременному и полноценному оказанию мне (представляемому) любой составляющей медицинской помощи; при сокрытии от лечащего врача любых сведений, касающихся моего (представляемого) здоровья; вследствие побочных эффектов от любой составляющей медицинской помощи; вследствие случайных, непредвиденных обстоятельств; при курении, употреблении алкоголя в любых количествах, наркотических и психотропных средств.

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 100% не гарантирован, однако мне (представляемому) гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

В доступной для меня форме мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь *(ненужное зачеркнуть)*:

{{пациент.фио_полное}}, {{пациент.номер_телефона}}
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)
{{пациент.фио_полное}}, {{пациент.номер_телефона}}
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ {{пациент.представитель_фио}} {{пациент.фио_полное}} {{пациент.номер_телефона}}
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)
_____ {{визит_на_прием.специалист.фио_полное}}
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

Я подтверждаю, что:

Я согласен(а) на применение местной анестезии, а также осведомлен(а) о возможных осложнениях во время местной анестезии и при приеме лекарственных средств, в связи с чем, проинформировал (а) врача обо всех случаях у меня (представляемого) аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня (представляемого) заболеваниях.

Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом медицинского вмешательства.

Я предупрежден (а) и осознал, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций врача, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я даю свое согласие на проведение мне (представляемому) в случае необходимости рентгенологического исследования зубов до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров.

Я понимаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ситуации, которые могут потребовать изменения плана лечения, применения дополнительных методов, чтобы получить по возможности лучший результат, поэтому уполномочиваю врача и выбранных им помощников осуществить это.

Я даю согласие на фотографирование (без лица) зубных рядов при оказании мне (представляемому) стоматологических услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью Клиники.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты.

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) медицинского вмешательства.

{{пациент.представитель_фио}} {{пациент.фио_полное}} _____
(Ф.И.О. пациента, представителя) (подпись)

{{визит_на_прием.специалист.фио_полное}} _____
(Ф.И.О. медицинского работника) (подпись)

{{документ.текущая_дата_дд_мм_ггг}} (дата оформления)