

**Информированное добровольное согласие пациента  
на получение ортопедического стоматологического лечения**

«    »                    202  г. (    час.            мин.)

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., год рождения) заполняется собственноручно пациентом или его законным представителем

в соответствии со ст. 20, 21, 22 и 23 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ уполномочиваю врача **ООО «Семейная стоматология»** произвести мне **ортопедическое стоматологическое лечение.**

Я сообщил(а) врачу обо всех перенесенных мной хронических и сопутствующих заболеваниях, травмах, операциях, а также о принимаемых лекарственных средствах. Вместе с тем, я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ. Я понимаю, что результат лечения зависит, в том числе, и от исходного состояния здоровья, а так же анатомических особенностей организма.

Меня подробно ознакомили с планом предстоящего лечения, его сроками и стоимостью, а также со всеми возможными альтернативными вариантами лечения, из которых я имел(а) возможность выбрать наиболее рациональный вариант в моем клиническом случае. Я понимаю, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией организма возможно расхождение с первоначально определенным планом лечения и изменение ранее оговоренной стоимости лечения как в большую, так и в меньшую сторону по предварительному согласованию.

Врач пояснил мне, что **ортопедическая стоматология — это раздел стоматологии, который занимается протезированием зубов по определённым стоматологическим методикам и целью которых есть восстановление целостности зубного ряда.**

Мне известно, что в настоящее время существует множество видов протезирования зубов, и окончательный выбор вида протезирования будет рекомендован лечащим врачом после необходимых диагностических исследований.

Я уведомлен(а) о том, что **абсолютных противопоказаний для протезирования не существует, однако имеется ряд временных противопоказаний, таких как: острые заболевания всего организма или полости рта (стоматиты, гингивиты и т.д.); недостаточная гигиена полости рта; беременность; наркотическая зависимость; состояние после лучевой терапии и некоторые другие.**

**Подписывая настоящее информированное согласие, я подтверждаю, что перечисленными заболеваниями не страдаю, и в перечисленных состояниях на момент процедуры не пребываю.**

Я предупрежден(а) о поведении в период амбулаторного лечения, мной получены и поняты рекомендации врача о характере питания, физических нагрузках, других ограничениях, явках на контрольные осмотры и исследования. Я понимаю, что невыполнение этих рекомендаций может привести к ухудшению моего здоровья, и снижению эффективности лечения по моей вине. Из-за этого клиника не сможет предоставить мне гарантии выздоровления, и я не буду иметь в этом случае претензий к врачу и клинике.

**Виды протезирования зубов.** Протезирование можно разделить на съёмное и несъёмное. *Несъёмные зубные протезы* фиксируются на зубах на длительный срок, это — одиночные коронки или мостовидные протезы (несколько коронок), которые врач фиксирует на зубы (предварительно обточив их до определенной формы). На тот период времени, пока будет изготавливаться коронка или мостовидный протез, на зубы фиксируются временные коронки. *Съёмные зубные протезы* используются при полной или частичной утрате зубов, в особенности касательно утраты жевательных зубов.

**Я согласен(а) на протезирование зубов с применением \_\_\_\_\_**

(указать вид протезирования, а также материал, из которого изготовлен протез).

Врач дал мне подробные рекомендации за уходом полости рта после протезирования.

Мне разъяснено, что лечебные процедуры могут быть прерваны или отменены врачом из-за их плохой переносимости или недостаточной исходной подготовленности организма к этим процедурам, а также при отсутствии положительного результата воздействия. По тем же причинам врачом могут быть заменены лекарственные препараты.

Я понимаю, что реакция каждого организма на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, вследствие чего возможно появление различных осложнений. Я ознакомлен(а) с тем, какие могут возникнуть осложнения:

- ✓ отёки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости дёсен;
- ✓ появление натёртостей при съёмном протезировании;
- ✓ рвотный рефлекс;
- ✓ ухудшение эстетического эффекта протезирования из-за отказа удалять зубы;
- ✓ аллергическая реакция на материалы съёмных протезов;
- ✓ изменение дикции, вкусовых ощущений, а также характера слюноотделения

- ✓ плохая фиксация пластинчатых съёмных протезов при выраженной атрофии альвеолярных гребней;
- ✓ переломы и сколы различных видов съёмных протезов;
- ✓ возможная необходимость перебазиовки съёмного протеза из-за атрофии альвеолярного гребня после удаления зубов;
- ✓ асфиксия во время сна в случае неснятия полных съёмных пластинчатых протезов перед сном;
- ✓ травматизация слизистой оболочки рта;
- ✓ плохая фиксация и стабилизация протезов;
- ✓ сколы облицовки постоянных протезов из-за неправильного использования;
- ✓ расцементировка при постоянной или временной фиксации;
- ✓ возможное изменение плана протезирования и, как следствие, стоимости работ при несостоятельности опорных зубов или при изменении пожеланий пациента;
- ✓ появление запаха изо рта и образование налёта на пластинчатых, бюгельных и эластичных протезах из-за несоблюдения пациентом гигиены полости рта;
- ✓ изменение сроков протезирования.

#### **Другие виды осложнений:**

---



---

Я понимаю, что ортопедическое лечение не исключает других стоматологических манипуляций по удалению и лечению зубов, которое необходимо для завершения комплексного плана лечения. Мероприятия по лечению зубов могут быть обязательными для достижения необходимого положительного результата комплексного лечения стоматологической патологии в процессе ортопедического лечения и после него. Отказ от дополнительных услуг, необходимых для успешной реализации ортопедического лечения может послужить причиной невозможности завершения лечения.

Я даю разрешение делать инъекции, оттиски, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, а также для контроля и фиксации результатов медицинского вмешательства.

Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе выполнения работ.

Я обязуюсь соблюдать все рекомендации и назначения врача. Мне известно, что при несоблюдении мною предписаний врача, плана лечения или правил внутреннего распорядка медицинского учреждения, - может неблагоприятно сказаться на моем здоровье, что может способствовать ухудшению общего состояния.

Мне разъяснено, что после установки съёмных/ несъёмных протезов:

- противопоказано употреблять твердые продукты: сухари, орехи, семечки, сушки и т.д.

К категории нежелательных относятся жевательные резинки, ирис. Следует избегать приема слишком горячей пищи, а также пищи с резкой разницей температур;

- рекомендуется тщательно и медленно пережевывать пищу, равномерно распределяя нагрузку на обе стороны;

- во избежание изменения цвета протеза не рекомендуется употреблять красящие продукты (красное вино, темные ягоды, травяные чаи, зеленый чай и т.д.);

- запрещается чистить протезы зубными пастами с высокой абразивностью, щетками с жесткой щетиной;

- съёмные протезы с металлическими элементами запрещается класть в хлорированную воду, это может привести к потемнению металла;

- запрещается самостоятельно ремонтировать протез. Раз в год рекомендуется делать перебазиовку съёмного протеза для восстановления его плотного прилегания.

**Я подтверждаю своей подписью, что прочитал(-а) вышеизложенную информацию, она мне понятна, все интересующие меня вопросы были заданы мной моему лечащему врачу, на них были получены ответы, и я даю добровольное информированное согласие на ортопедическое стоматологическое лечение.**

---

(подпись пациента или его законного представителя)

Подпись лечащего врача, проводящего беседу \_\_\_\_\_