

ООО «ДЕНТ-СЕРВИС»
(Стоматологическая клиника "Дентстар")
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение ортопедического лечения

г. Томск _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

Пациент: _____

Паспорт: серия ____ № _____, выдан _____

Адрес: _____

Тел.: _____

Медицинская организация: Общество с ограниченной ответственностью «ДЕНТ-СЕРВИС».

Лицензия: № Л041-01043-70/00331957 от 06.06.2019 г., выданная Департаментом лицензирования и регионального государственного контроля Томской области.

Адрес: г. Томск, ул. Новосибирская, 37.

Лечащий врач: _____

Диагноз: Кариес дентина (K02.1) зуба № _____

Я, _____, настоящим подтверждаю, что в соответствии с пунктом 5 части 1 статьи 19, частью 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно даю своё согласие на проведение мне в стоматологической клинике «Дентстар» (ООО «ДЕНТ-СЕРВИС») следующего медицинского вмешательства:

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (включая подготовку к протезированию, изготовление и установку следующих конструкций: _____

_____ на зубы № _____).

Мне в доступной форме разъяснены:

Цель лечения: Восстановление анатомической формы и функции зубов, жевательной эффективности, эстетики, предотвращение дальнейших осложнений.

План лечения: Врач подробно объяснил мне все этапы лечения, включая:

Необходимость предварительной подготовки (терапевтическая санация, хирургические вмешательства (удаление зубов, пластика уздечек и т.д.), депульпирование зубов (при необходимости)).

Процесс препарирования (обтачивания) опорных зубов.

Снятие оттисков (слепков).

Примерку и фиксацию готовых конструкций.

Возможные риски и осложнения, связанные с вмешательством и анестезией:

Во время подготовки и лечения: Аллергические реакции на материалы и лекарственные препараты (вплоть до анафилактического шока), болезненность, кровоточивость, онемение языка, губ, щек (парестезия) после анестезии, временное нарушение дикции, чувство дискомфорта, травмирование слизистой оболочки.

После фиксации конструкции: Возможность развития гальванического синдрома («гальваноз») при наличии в полости рта разнородных металлов (ощущение металлического вкуса, жжение, головная боль); воспалительные заболевания десен (гингивит, пародонтит) вокруг опорных зубов; риск развития вторичного кариеса опорных зубов; поломка или скол облицовки конструкции; расцементировка или необходимость коррекции конструкции; затрудненная адаптация к протезу (тошнота, нарушение речи, жевания); необходимость перелечивания.

При наличии патологии ВНЧС и парафункций жевательных мышц (бруксизм): Возможность обострения симптомов, повышенный риск сколов керамики, поломок протеза, болевого синдрома.

Альтернативные методы лечения (включая отказ от лечения) и их последствия:

Отказ от протезирования: риск дальнейшего разрушения зубов, нарушения прикуса, заболеваний желудочно-кишечного тракта, потери других зубов.

Другие виды ортопедических конструкций (с указанием преимуществ и недостатков по сравнению с предложенным методом).

Я даю своё согласие на фотосъемку в процессе лечения и последующее использование обезличенных изображений в учебных, научных и информационных целях, включая демонстрацию результатов лечения.

Право на отзыв согласия сохраняется за мной, за исключением уже опубликованных материалов.

Я подтверждаю, что:

Мне разъяснены гарантийные обязательства клиники. Я понимаю, что гарантия распространяется на отсутствие производственных дефектов конструкции и распространяется на срок _____.

Гарантия НЕ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ:

На случаи, связанные с нарушением рекомендаций врача, развитием заболеваний зубов и десен, полостями связанные чрезмерной нагрузки, бруксизма, а также на работы, выполненные по поводу переделки или ремонта конструкций.

Мне известно, что при выявлении скрытых технологических дефектов протеза он будет заменен за счет клиники.

Я обязуюсь оплатить стоимость оказываемых медицинских услуг в порядке и размере, предусмотренных действующим прейскурантом Клиники.

Я обязуюсь соблюдать все рекомендации врача по уходу за ортопедическими конструкциями и гигиене полости рта, а также регулярно являться на плановые профилактические осмотры с обязательным проведением профессиональной гигиены полости рта не реже одного раза в шесть месяцев.

Я предупрежден(а), что при несоблюдении данного условия клиника не может осуществлять динамическое наблюдение за состоянием ортопедической конструкции и окружающих тканей, что делает невозможным своевременное предупреждение и выявление возможных осложнений. В таком случае все гарантийные обязательства клиники прекращают свое действие.

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие вопросы, на которые я получил(а) исчерпывающие ответы.

Лечащий врач _____ разъяснил(а) мне всю указанную выше информацию, ответил(а) на все мои вопросы. Мне понятны все возможные последствия данного медицинского вмешательства.

Я ПОЛНОСТЬЮ ПОДТВЕРЖДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ на проведение описанного выше лечения.

_____/ _____/
(Подпись пациента) (ФИО пациента)

_____/ _____/
(Подпись врача) (ФИО врача)

Дата « ___ » _____ 20__ г.

**ДОПОЛНЕНИЕ К ИНФОРМИРОВАННОМУ ДОБРОВОЛЬНОМУ СОГЛАСИЮ
о согласовании параметров ортопедической конструкции**

г. Томск

« ___ » _____ 20__ г.

Я, _____,
подтверждаю, что в процессе изготовления ортопедической конструкции со мной были согласованы следующие этапы протезирования:

1. Этап воскового моделирования (съёмный протез, частично-съёмный протез): форма будущей конструкции, размер зубов, пропорции.
 2. Этап примерки временной конструкции (металлокерамика, диоксид циркония, безметалловая керамика): цвет (___ по шкале Вита) конструкции, эстетические характеристики, анатомические особенности.
- Я подтверждаю, что все указанные параметры будущей постоянной конструкции меня полностью устраивают, и я даю согласие на изготовление постоянной работы в строгом соответствии с утвержденными образцами.

Мне разъяснено, что после фиксации постоянной конструкции внесение изменений в ее цвет, форму и эстетические характеристики может быть невозможно или потребует изготовления новой конструкции за дополнительную плату.

Я подтверждаю, что не буду предъявлять претензии к внешнему виду постоянной конструкции, после ее фиксации, при условии её соответствия, с утвержденными мной на этапах примерки параметрами.

_____/ _____
(Подпись пациента) (ФИО пациента)

_____/ _____
(Подпись врача) (ФИО врача)

Дата « ___ » _____ 20__ г.