

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Я, {ФамилияИмяОтчество}

(ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО ПАЦИЕНТА И/ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в ООО «ОРАЛ КЛИНИК»

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

Я, {ФамилияИмяОтчество} паспорт {СерияНомерПаспорта}

выдан {Выдан}

прописан (а) {АдресРегистрации}

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недееспособным:

(ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО ПАЦИЕНТА И/ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

Врачом _____ я проинформирован(а) о предстоящем проведении медицинского вмешательства по поводу ортопедического лечения и согласен (а) с условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

Врач-стоматолог поставил мне следующий диагноз _____ и указал на необходимость проведения ортопедического лечения. Я ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования. 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 дальнейшее разрушение жевательного органа). Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта. Врач-стоматолог понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровья, тем не менее, я понимаю, что протезирование является вмешательством в биологических организм и какое любое медицинское вмешательство не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа. Зубочелюстная система в течение всей жизни человека подвергается иволютивному развитию (как при наличии зубного протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в ретракции десны, атрофии протекания иволютивных процессов и, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза. Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача-стоматолога и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом-стоматологом и записанному в медицинской карте стоматологического больного). Врач объяснил мне, что гарантийный срок на оказанные мне стоматологические услуги составляет 1 год с момента начала лечения, согласно условий, изложенных в Договоре на оказание платных медицинских услуг. Мне гарантируется устранение всех недостатков по выполненным работам, если они не вызваны чрезмерными физическими нагрузками, травмами, или являются следствием нарушения мною прямых указаний и рекомендаций врача. Условия гарантии не распространяются на работы с молочными зубами, на конструкции с использованием имплантатов, при заболеваниях пародонта средней и тяжелой степени, при низком уровне резистентности зубов. Понимаю сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планированного лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Мне были объяснены все возможные исходы лечения. А также альтернативы предложенному лечению.

Я так же имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я подтверждаю достоверность предоставленной врачу информации, обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и состоянии моего здоровья и даю согласие на обработку моих персональных данных.

Я согласен(а) полностью оплатить все дополнительные расходы на лечение и диагностику.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что последний является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на ортопедическое лечение мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я даю согласие на ортопедическое лечение на предложенных мне условиях _____.

{ТекущаяДатаПолная} _____ {ФамилияИО} Ф.И.О, подпись пациента

(законного представителя)

{ТекущаяДатаПолная} _____ Ф.И.О, лечащий врач