

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы
«Стоматологическая поликлиника № 53 Департамента здравоохранения города Москвы»

**Добровольное информированное согласие пациента
на ортопедическое лечение.**

от _____ 20 ____ г.

Цель данного документа – представить пациенту/представителю пациента до подтверждения им согласия на ортопедическое лечения полную информацию об особенностях предстоящих врачебных манипуляций и осложнениях, которые могут возникнуть при данном виде лечения.

Я _____
(Фамилия, имя, отчество пациента/представителя пациента)

уполномочиваю врача _____
и его ассистентов провести мне/представляемому мною пациенту ортопедическое
лечение: _____

1.Содержание и прогнозируемые результаты предстоящего лечения мне полностью объяснены врачом, и я их полностью понял (а). Меня также 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, рецидивы деструктивных процессов в зубах и тканях челюсти). Мне было объяснено, что последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости; перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения; прогрессирование зубо-альвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

2.Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки работы. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье/здоровье представляемого мною пациента(нужное подчеркнуть), тем не менее, я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердых тканей зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки ортопедической конструкции

3.Я понимаю необходимость регулярных осмотров у лечащего врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с лечащим врачом и записанному в истории болезни).

4.Я осведомлен (на) о возможных осложнениях во время анестезии. Я проинформировал (ла) доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также обо всех моих заболеваниях/заболеваниях представляемого мною пациента (нужное подчеркнуть), случившихся в течение ближайших двух лет и имеющихся в настоящее время.

5.Понимая сущность предложенного протезирования и уникальность собственного организма/организма представляемого мною пациента (нужное подчеркнуть), я согласен (на) с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом, т.к. представления пациентов о протезировании, как правило, не совпадают с реальной действительностью.

6. Я имел (а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы.

7. Я полностью понимаю, что точная продолжительность лечения не может быть определена или может измениться, что во время и после лечения, состояние может измениться, тогда, по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия. Я разрешаю любые изменения дизайна, материалов или ухода, если они будут сделаны для моего собственного блага/для блага представляемого мною пациента.

8. Я даю разрешение делать инъекции, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, проводить фото и видеосъемку и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, протезирования, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

9. Я предупрежден (на) о возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана протезирования в процессе выполнения работ.

10. Меня уведомили, что «ГАУЗ СП № 53 ДЗМ» и работники не несут ответственности за качество предоставляемых услуг в следующих случаях:

- Предоставления услуг по требованию пациента, расходящихся с предложенным врачом планом протезирования, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.
- Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее.
- Осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций.
- Переделок и исправления работ в другом лечебном заведении.
- Ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом.
- Истечения срока гарантии на оказанные услуги.
- Неудовлетворительного состояния гигиены полости рта.
- Системных заболеваний организма
- Курении

11. Я понимаю, что я ответственен (на) за оплату услуг, оказанных мне/представляемым мною пациенту (нужное подчеркнуть) в «ГАУЗ СП № 53 ДЗМ» в соответствии с прейскурантом ЛПУ. Я внимательно ознакомился (лась) с прейскурантом ЛПУ и согласен (на) оплачивать все оказанные мне/представляемому мною пациенту (нужное подчеркнуть) стоматологические услуги в соответствии с планом протезирования по факту их оказания.

12. Я внимательно ознакомился (лась) с данным согласием на ортопедическое лечение, и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

13. Я даю свое согласие на проведение стоматологического ортопедического медицинского вмешательства.

14. Настоящее согласие дается мною на весь срок действия договора на весь перечень сопутствующих ортопедическому лечению услуг, согласно утвержденной Министерством здравоохранения РФ номенклатуре медицинских услуг.

15. Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент в течение срока действия договора с помощью письменного волеизъявления подписанного пациентом.

Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.

Подпись пациента _____

Подпись представителя

пациента _____

Подпись медицинского работника
