

Информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение

Я, _____,
(ФИО пациента)

Врачом _____
(ФИО врача)

проинформирован(а) о необходимости ортопедического лечения следующих зубов: _____

Я проинформирован(а), что ортопедическое лечение имеет своей целью долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию.

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования. Я также ознакомлен(а) 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 аппарата).

Я проинформирован, что последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я проинформирован(а), что:

- в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировки прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи;

- при наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием проявления которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой полости рта;

- при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, нарушение функции речи, жевания, глотания, поломки протезов.

Я предупрежден(а) и согласен(а), что в отдельных случаях может появиться необходимость изготовления нового протеза.

При оказании ортопедической помощи мне гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил сан.эпид. режима.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача, поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, обговоренному с доктором.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергических реакциях в прошлом и в настоящее время.

Я извещен(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты. Я информирован(а) о том, что не реже одного раза в 6 месяцев мне необходимо пройти контрольный осмотр у врача стоматолога и не реже одного раза в 3 месяца пройти гигиенические процедуры у гигиениста, немедленно сообщать врачу

