

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

**ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
(зубное протезирование, в том числе имплантационное)**

Настоящее Добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об Основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, _____, соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог _____.

В исключительных случаях стоматологическая клиника оставляет за собой право произвести замену лечащего врача, предварительно уведомив меня об этом.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути ортопедического лечения.

2.1. Диагноз: _____.

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план ортопедического лечения и план подготовки к нему.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и методов лечения в зависимости от клинической картины (ситуации), сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно: _____.

2.6. **Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно (ненужное зачеркнуть):** перелом зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения), прогрессирование деформации зубных рядов, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшения эстетик зубов и лица, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая потеря зубов, заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

2.7. Возможные осложнения на разных этапах протезирования (нужное добавить, ненужное вычеркнуть):

2.7.1. под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции;

2.7.2. последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры;

2.7.3. при снятии старых ортопедических конструкций: _____

2.7.4. при получении оттисков: _____

2.7.5. после фиксации несъемных протезов: _____

2.7.6. после наложения съёмного протеза: _____

2.8. Необходимость через некоторое время проводить коррекцию, либо повторное изготовление протеза по причинам, не зависящим от работы врача, но обусловленным неизбежными изменениями в полости рта, а именно: изменение формы (контуров) и опущение десны, атрофия костной ткани челюстей, стираемость зубов (время коррекции или переделка протеза зависит от скорости изменений в полости рта конкретного человека).

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях и сроках службы.

4. Мне названы и со мной согласованы:

4.1. методы лечения и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

4.2. сроки проведения лечения;

4.3. стоимость отдельных этапов (процедур) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач-стоматолог предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Приложение к Договору возмездного оказания медицинских услуг

Санкт-Петербург

№ _____ от _____ 20__ г.

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения может понадобиться обследование (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

6.1. рентгенологическое (получение прицельного внутриротового снимка, панорамной томограммы, телерентгенограммы, конусно-лучевой компьютерной томограммы и др.);

6.2. консультация стоматолога (ов) иного профиля: _____;

6.3. консультация у врача (ей) общего медицинского профиля: _____.

Мною были заданы врачу интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения, и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, и **принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Подпись пациента: _____ / _____
(Ф.И.О. полностью)

Подпись врача: _____ / _____
(Ф.И.О. полностью)

« _____ » _____ 20__ г.
(дата подписи)

Для повторных обращений:

№ п.п		Дата	Диагноз	Ф.И.О. врача, подпись	Ф.И.О. пациента, подпись
1	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
2	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
3	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
4	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
5	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
6	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
7	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
8	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			