

Информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение

Настоящее согласие разработано во исполнение статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____ (Ф.И.О.) дата рождения: _____

в клинике ООО «ЭСТЕТИКА» лицензия № _____

даю добровольное информированное согласие на ортопедическое лечение.

1. Мне разъяснено, что цель — восстановить анатомическую форму и функцию зубочелюстной системы: улучшить жевание и дикцию, нормализовать смыкание зубов, предотвратить дальнейшую деформацию зубного ряда, улучшить эстетику улыбки, а также снизить нагрузку на височно-нижнечелюстные суставы и пародонт.

2. План лечения и выбранный метод. Перед началом может потребоваться подготовительный этап: терапевтическая санация (лечение кариеса, пульпита), профессиональная гигиена, хирургические вмешательства (удаление зубов, пластика уздечек), пародонтологическое или ортодонтическое лечение, а также рентгенологическое обследование (ОПТГ, КТ, прицельные снимки).

Я подтверждаю, что ознакомился(ась) с планом и согласен(а) на все необходимые этапы. Врач предложил несколько вариантов протезирования. Я выбрал(а) следующий метод (отметить галочкой):

-(☐) Несъёмные конструкции: коронки из диоксида циркония / пресс-керамики E-max / металлокерамики; мостовидные протезы (из циркония, E-max или металлокерамики); вкладки или виниры.

-(☐) Съёмные конструкции: протез Acry-Free / бюгельный протез / нейлоновый протез / акриловый протез.

-(☐) Протезирование на дентальных имплантатах (с указанием типа конструкции: коронка, мостовидный протез; при полной адентии — протокол All-on-4 / All-on-6).

Мне подробно объяснили преимущества и ограничения каждого варианта с учётом моей клинической картины, состояния зубов, пожеланий и финансовых возможностей. Я осознанно принял(а) решение в пользу указанного метода.

3. Возможные риски и осложнения. Мне разъяснили следующие риски, связанные с выбранным методом:

- Для несъёмных конструкций: необратимость препарирования твёрдых тканей зуба; риск воспаления пульпы или периодонта; расцементировка или скол конструкции.

- Для съёмных конструкций: период адаптации (возможны дискомфорт, отёк, нарушение речи или жевания); риск поломки; необходимость периодической коррекции или перебазиловки.

- Для протезирования на имплантатах: риск отторжения имплантата; воспаление в области имплантата (периимплантит); необходимость дополнительных вмешательств (костная пластика при недостатке объёма ткани).

Общие для любого вмешательства: индивидуальная аллергическая реакция на материалы или лекарственные препараты; осложнения при анестезии; обострение хронических заболеваний.

Я понимаю, что стопроцентной гарантии результата не существует из-за индивидуальных особенностей организма.

4. Я даю согласие на проведение необходимых рентгенологических исследований до, во время и на контрольных этапах лечения.

Я информирован(а) о гарантийном сроке на конструкцию и сроке её службы, а также об условиях предоставления гарантии (соблюдение гигиены, регулярные осмотры). Я обязуюсь выполнять рекомендации врача, чтобы сохранить право на гарантию.

Я сообщаю врачу обо всех известных мне особенностях здоровья: хронических заболеваниях, аллергии, лекарственной

Я обязуюсь незамедлительно информировать врача при появлении любых тревожных симптомов или ухудшении самочувствия.

Текст согласия мной прочитан, смысл понятен. Решение принято свободно и добровольно. С условиями гарантий в Клинике ознакомлен, согласен.

Беседу провёл, все вопросы пациента разъяснены

Дата: «___» _____ 20__ г. Подпись пациента: _____ / _____ (Ф.И.О.)

Подпись врача (с расшифровкой), подтвердившего проведение беседы: _____ / _____ г.