

Стоматология ООО «Праксис»

г. Магнитогорск, ул. Тевосяна 4А, офис 5

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОВ

Мне предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом ортопедическом лечении.

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.

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).

Лечащим врачом мне также предложены другие альтернативные методы протезирования, имеющие равнозначный эффект, но не устраивающие меня либо в финансовом плане, либо из-за моих личных убеждений.

Врачом объяснено мне, что для достижения максимально качественного результата, план предстоящего протезирования должен быть выполнен в полном объеме и, соответственно, гарантия на ортопедическое лечение действительна лишь при условии выполнения всех намеченных врачом мероприятий.

Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба искусственной коронкой после проведенного эндодонтического лечения и реставрации зуба под искусственную коронку, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, снижение прикуса, 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 предупрежден (а), что при наличии показаний к протезированию зубов как верхней, так и нижней челюсти, общий успех протезирования гарантирован лишь в случае замещения дефектов зубных рядов обеих челюстей. Отказ от протезирования зубов одной из челюстей ведет к снижению срока службы протезов, снижению прикуса и функциональной перегрузке имеющихся зубов.

Я согласен (а) с предложенным мне планом лечения. Я проинформирован (а), что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке 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 разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта.

Меня предупредили, что в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

Я предупрежден (а), что при постановке несъемных ортопедических конструкций возможно воспаление маргинальной (краевой) десны по краю коронок, что может быть обусловлено индивидуальной реакцией на наличие инородного для организма материала.

При постановке протезов на витальные («живые») зубы возможна болезненная реакция на температурные раздражители со стороны этих зубов. Это обусловлено тем, что при протезировании снимается определенный слой тканей опорных зубов. Если указанная температурная чувствительность не прекратится после завершения периода привыкания к протезам (несколько месяцев) и будет доставлять дискомфорт, то данные зубы подлежат эндодонтическому лечению (лечению корней).

При оказании ортопедической помощи гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением всех правил санитарно-эпидемиологического режима и соответствующих методик.

Я проинформировал врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

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

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

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской (амбулаторной) карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне ортопедического лечения (протезирование зубов).

Пациент: _____

Ф.И.О.

подпись _____

Дата: « _____ » _____ 20 ____ г.