ОРДОВСКИЙ И КОЛЛЕГИ
центр стоматологии

Информированное добровольное согласие пациента на проведение амбулаторного стоматологического вмешательства **ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Приложение к Договору № _____ от _____ 20__ г.

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я,_____,
(Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)
обращаюсь в ООО «Ордовский и коллеги» для проведения функциональной диагностики.

Этот документ подтверждает, что я ознакомился(лась) с предлагаемым планом, сроками и стоимостью оказания платных медицинских услуг, рисками, исходами, прогнозами, условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги, врачебными рекомендациями по использованию и уходу за стоматологическими конструкциями, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от вмешательства, либо дать свое согласие на проведение диагностики, поставив свою подпись в конце документа.
Доктор поставил мне следующий диагноз: _____

_____

и обосновал необходимость проведения функциональной диагностики, включая электронную кондилографию и цефалометрию.

Я понимаю, что результатом функциональной диагностики в моем случае являются данные, необходимые для проведения ортопедического или ортодонтического лечения.

Я ознакомлен(а) с планом проведения функциональной диагностики.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными и более дешевыми вариантами диагностики: клинический инструментальный анализ, который в моем случае может иметь меньший клинический успех (срок службы; эстетические, гигиенические, функциональные качества; заболевания пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа, рецидивы деструктивных процессов в зубах и тканях челюсти).

Последствиями отказа от лечения в моем случае могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, вторичные деформации зубных рядов, снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, повышенная стираемость зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейромышечная патология и дисфункция височно-нижнечелюстного сустава.

Лечащий врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам лечения, важность соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также необходимость полного восстановления целостности зубных рядов. Хотя предложенное вмешательство поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, оно является вмешательством в биологический организм и как любая медицинская манипуляция не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Я уведомлен(а), что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных процессов, возникает необходимость коррекции либо переделки стоматологических конструкций и возможно ухудшение эстетического и функционального результата лечения.

Я уведомлен, что коррекция (пришлифовка) сплинта является конструктивной особенностью стоматологических конструкций, и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг.

Выбирая искусственную стоматологическую конструкцию (прозрачный сплинт), я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и функциональные конструктивные особенности использования и внешнего вида. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после сдачи стоматологической конструкции не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно согласно прайсу Исполнителя.

Я осведомлена(а), что при наличии бруксизма, патологии височно–нижнечелюстных суставов и других мио-функциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, сколов и поломок стоматологических конструкций. Наличие индивидуальных особенностей организма, не позволяющих пациенту полностью адаптироваться к качественно изготовленным стоматологическим конструкциям (например, повышенный рвотный рефлекс и т.п.), гарантийным случаем не является.

Я понимаю, что, добровольно соглашаясь на лечение, допускаю вероятность следующих осложнений: остатки фиксирующего цемента на зубах, выпадение несостоятельных пломб, скол или перелом сплинта, которые не связаны с

надлежащим оказанием услуг по лечению зуба и что в этом случае сроки гарантии на указанные вмешательства (манипуляции, услуги, этапы, конструкции) составят 1 день.

Я понимаю, что курение, плохая гигиена полости рта, определенная по гигиеническим индексам, могут негативно повлиять на ожидаемый результат лечения и значительно снижают успех лечения и срок службы искусственных стоматологических конструкций. Гарантийные сроки и сроки службы в этих случаях сокращаются на 50%.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(на) на их проведение. Я понимаю, что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования, также о том, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и применяются индивидуальные средства защиты.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима. Я согласен(на) с тем, что итоговый результат лечения может отличаться от ожидаемого мной, и что искусственные конструкции эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций в полости рта. Я осознаю риск, связанный с применением анестезии и медицинских препаратов, которые могут вызвать нарушение сознания и дыхания, дисфункцию мышц, судороги, сердцебиение, коллапс, повышение АД, отек и воспаление в месте инъекции, отек Квинке, анафилактический шок, аллергию, кровотечение, гематому, некроз тканей, потерю чувствительности языка, губ, неба, кожи лица и шеи, а также иные побочные действия в соответствии с инструкцией производителя препарата.

Высокий процент успешности проведения стоматологического лечения (более 80%) не исключает определенный процент (5-10%) неудач стоматологического лечения, что может потребовать проведение коррекции, полной переделки стоматологической конструкции или полного прекращения медицинского вмешательства. Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне лечение. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован в настоящем документе, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Я понимаю, что сотрудники ООО «Ордовский и коллеги» не несут ответственность за последствия аллергических реакций, медицинских осложнений и побочных действий лекарственных средств и иных препаратов, за качество ранее проведенного в других медицинских учреждениях лечения и возникновение последствий и осложнений лечения, связанных с возникновением, наличием и обострением уже имеющихся у Пациента острых и хронических заболеваний.

Я предупрежден(а), что при лечении с применением коффердама/оптрагейта (содержат латекс, нитрил, эластомер, полипропилен) на коже лица в области вокруг губ возможно появление покраснения, раздражения, шелушения.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо. Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана лечения в процессе оказания медицинских услуг.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью амбулаторной карты и Договора на оказание платных стоматологических услуг.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство с целью проведения лечебных манипуляций на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Врач Ф.И.О. _____

Подпись _____

Пациент Ф.И.О. _____

Подпись _____

«_____» _____ 20_____ г.