Приложение к Договору № _____ от _____ г
на оказание платных стоматологических услуг

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство на ортопедическое лечение (несъемное протезирование) ООО «Евромед»

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

Я , являясь законным представителем (при отсутствии зачеркнуть) _____ _____, даю информированное добровольное согласие на:

- виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 г. N 390 н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 05.05.2012 г. N 24082) для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть);
- виды медицинских вмешательств при проведении лечения кариеса и иных болезней твердых тканей зуба/лечения кариеса и иных болезней твердых тканей зуба лицу, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в соответствии с Планом обследования и лечения в ООО «Евромед».

Медицинским работником мне разъяснена информация о наличии у меня/лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) заболевания и постановке следующего диагноза

_____

_____

Я соглашаюсь с тем, что лечение мне будет выполнять врач: _____, в исключительных случаях (непредвиденные обстоятельства) мне будет предоставлен другой врач, после предварительного уведомления и получения моего согласия.

Врач обосновал необходимость проведения мне (представляемому мной лицу) ортопедического лечения.

Я информирован(а) что ортопедическое лечение – это сложный и многоэтапный комплекс мероприятий, направленный на нормализацию функционального и эстетического состояния всей зубочелюстно-лицевой системы, длительностью от нескольких дней до года и более, исходя из клинической ситуации. Виды несъемного протезирования:

- одиночная коронка с опорой на естественный зуб;
- одиночная коронка с опорой на имплантат;
- одиночная коронка с опорой на штифтовую вкладку;
- мостовидный протез – конструкция из нескольких коронок с промежуточной частью, которая опирается на два и более естественных зуба либо имплантата.
- восстановление зуба виниром
- восстановление зуба полукоронкой (inlay, onlay. overlay)

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом ортопедического лечения. Мне были предложены все альтернативные методы лечения.

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

Мне разъяснено, что целью ортопедического лечения является долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическая реабилитация.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

1. Цели лечения - восстановление жевательных функций, функций речи, глотания возвращение ощущения комфорта, исправление анатомии лица (эстетическая цель) с помощью разнообразных ортопедических средств (вкладки, протезы, шины).

2. Методы (технологии) лечения - для покрытия зубов ортопедическими конструкциями проводится процедура их механического препарирования (снятия слоя твердых тканей зубов), которая является необратимой. С использованием специального слепочного материала снимается оттиск зубов и изготавливаются модели челюстей. Модель передается в техническую лабораторию. В следующие

посещения, кратность которых зависит от сложности и объема работы, последовательно производится: примерка искусственных конструкций, подбор цвета, фиксация на временный (по показаниям) или постоянный цемент.

В доступной для моего понимания форме врач объяснил, что для восстановления зубов (зубных рядов) искусственными ортопедическими конструкциями по абсолютным медицинским показаниям может потребоваться депульпирование- удаление нерва из интактного (здорового) зуба в случаях: изменения положения опорного зуба или зуба антагониста (выраженный наклон, выдвижение), близкого расположении пульпы (нерва) к эмали в силу индивидуальных анатомических особенностей.

Также меня уведомили, что наиболее предпочтительным для здоровья и долгосрочного прогноза, является покрытие зубов искусственными ортопедическими конструкциями без предварительного депульпирования опорных зубов. Я понимаю, что в этом случае (в случае сохранения жизнеспособности пульпы опорного зуба) существует риск развития, по независящим от действия врача и правильности проведения манипуляций причинам, как в процессе протезирования так и после покрытия зуба ортопедической конструкцией, следующих процессов: воспаление пульпы зуба; развитие воспалительного процесса в тканях вокруг корня опорного зуба.

Я информирован, что в этом случае за дополнительную плату согласно прейскуранту и «Положению о гарантиях» Исполнителя будет проведено лечение корневых каналов. Мне понятно, что в случае, если зуб уже покрыт ортопедической конструкцией, лечение каналов может осуществляться только после снятия ортопедической конструкции. В этом случае, после проведенного лечения каналов, возникает необходимость изготовления новой ортопедической конструкции, согласно действующему прейскуранту и «Положению о гарантиях» Исполнителя.

Так же доступно для меня врач объяснил, что в случае снятия ортопедической конструкции существует вероятность возникновения во время процедуры по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, следующих обстоятельств: чувство дискомфорта и болезненность; травма слизистой полости рта; скол, трещина, откол части или всей пломбы на соседних зубах, что по абсолютным медицинским показаниям потребует лечения/восстановления по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях; скол и(или)выпадение пломбы, перелом коронки, зуба, с которого снимается конструкция, что по абсолютным медицинским показаниям потребует восстановления пломбировочным материалом или опорной конструкцией по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях; раскол, трещина, перелом корня зуба, с которого снимается конструкция, что по абсолютным медицинским показаниям потребует удаления зуба по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях; скол облицовочных элементов ортопедической конструкции, что потребует её коррекции согласно Положению о гарантиях Исполнителя; необратимое повреждение, поломка ортопедической конструкции, что по абсолютным медицинским показаниям потребует её полной замены по действующему прейскуранту Исполнителя согласно Положению о гарантиях.

Я понимаю, что по абсолютным медицинским показаниям в случаях наличия воспалительного процесса в корневых каналах и(или) хронических изменений в тканях вокруг корня зуба необходимо лечение и (или) перелечивание ранее запломбированных корневых каналов опорного зуба(ов). Мне понятно, что ортопедическое лечение не исключает других стоматологических манипуляций как перед протезированием, так и в процессе ортопедического лечения. Мероприятия по терапевтическому, пародонтологическому, ортодонтическому и хирургическому лечению зубов могут быть обязательными условием для достижения необходимого положительного результата ортопедического лечения. При использовании ортопедического метода стоматологического лечения имеется вероятность возникновения непредвиденных обстоятельств, в связи с тем, что специфика медицинской услуги предполагает вмешательство в биологические процессы, не контролируемые в 100% случаев волей человека и не изученные окончательно современной медицинской наукой.

3. Риски при лечении: в крайне редких случаях, во время проведения ортопедических манипуляций и после, по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, возможно возникновение таких обстоятельств как:

- необходимость лечения корневых каналов при обработке зуба под искусственную коронку;
- необходимость удаления зуба с сомнительным или неблагоприятным прогнозом лечения (сложная анатомия каналов, выраженные очаги деструкции костной ткани и т.д.);
- удаление зуба вследствие выраженного поражения коронки зуба и(или) корня кариозным процессом, в результате чего невозможно создать благоприятные условия для адекватной фиксации ортопедической несъемной конструкции;
- необходимость лечения(перелечивания) корневых каналов зуба, покрытого коронкой, вследствие развития воспалительных изменений в каналах и тканях, окружающих зуб, что потребует снятия или переделки ортопедической конструкции;
- удаление зуба в результате его травматического раскола установленной опорной конструкцией;
- возникновение стойких расстройств в виде затрудненной адаптации к несъемной ортопедической конструкции, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания;
- другие психомиофункциональные расстройства;

- поломка несъемной ортопедической конструкции при наличии патологии височно – нижнечелюстных суставов;
- появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов искусственных конструкций;
- невралгии;
- возможные осложнения под влиянием анестезии, обработке зубов, снятии оттисков, корректировке прикуса такие как отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции, возможны онемение языка, губ, индивидуальные аллергические реакции, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов;
- После фиксации конструкций на постоянный цемент незначительная часть цемента может попасть в зубодесневую борозду и вызывать дискомфорт. При отсутствии надлежащего ухода за зубами и протезами возможно воспаление десны, проявление пародонтита и появление эстетически некрасивого смещения десны от края коронки (рецессия десны). Также рецессия десны может быть вызвана физиологическим изменениям в пародонте. Профилактикой вышеописанного является тщательная, но бережная гигиена полости рта.
- При установке металлокерамических, керамических, циркониевых коронок возможна повышенная стираемость твердых тканей зубов, которые являются антагонистами коронок, что связано с особенностями материала коронок (более твердый материал, чем собственные дентин и эмаль).
- При использовании металлокерамических коронок возможны сколы и трещины металлокерамики, а также сколы, трещины и переломы безметалловых коронок, которые являются следствием чрезмерного механического воздействия при приеме пищи, ударах, бруксизме.
- **возможные осложнения приема анальгетиков (в случае их назначения), а именно:** аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов; сильное кровотечение; боль.

4. Предполагаемые результаты лечения — установка искусственных зубов вместо разрушенных или утраченных для обеспечения пережёвывания пищи и эстетики**.**

5. Последствия лечения связаны с конструктивными, эстетическими и функциональными особенностями искусственных ортопедических конструкций, не относящимися к существенным недостаткам оказанных услуг и не независящими от врача и правильности проведенных манипуляций: застревание пищи; наличие шахт для доступа к винтам; отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций; отсутствие чувствительности к сжатию зубов; неудобство при жевании; изменение дикции; многократные примерки и коррекции несъемных ортопедических конструкций в процессе и после их изготовления, необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата протезирования; раскручивание винта, фиксирующего ортопедическую конструкцию на имплантатах; нарушение фиксации постоянных и временных конструкций.

Я уведомлен, что через какое-то время, которое зависит от индивидуальной скорости протекания инволютивных (возрастных) процессов, возникает необходимость коррекции либо переделки ортопедической конструкции. Я уведомлен(а) о необходимости планового осмотра стоматолога не реже 1 раза в 6 месяцев. Лечащий врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, важность соблюдения рекомендаций по срокам лечения, а также необходимость полного восстановления целостности зубных рядов.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Последствиями отказа от протезирования могут быть: прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением окружающей кости; перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или вкладкой после проведенного эндодонтического лечения; вторичные деформации зубных рядов; снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики и нарушение функции речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата оставшихся зубов; прогрессирующую убыль костной ткани в области отсутствующих и рядом стоящих зубов, что в дальнейшем может потребовать манипуляций по восстановлению костной ткани; нарушение пропорций лица и другие эстетические нарушения или изменения; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейромышечная патология.

Мне сообщена предварительная стоимость лечения, которая может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня об изменении стоимости и обоснует это. Я предупрежден (а) о возможности коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, складывающейся в процессе его реализации, о чем меня своевременно предупредит лечащий врач.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен (а) на их проведение, могут понадобиться обследования: ортопантомограмма, дентальная компьютерная томография, прицельная радиовизиография; консультация стоматолога иного профиля; консультация у врача (ей) общего медицинского профиля.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования повышается вероятность

наступления описанных осложнений, вероятность снижения эффективности лечения по не зависящим от врача причинам, повышается вероятность отказа врача от продолжения лечения (в плановой ситуации) вследствие возникновения объективной невозможности предоставить требуемую услугу.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность на протяжении всего срока и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений. Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Я информирован(а) о необходимости проведения анестезии при некоторых видах манипуляций, таких как препаровка зубов.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать 100% гарантии на успех, стабильность достигнутых результатов в долгосрочной перспективе (в случае существенного изменения состояния моего здоровья и прочих обстоятельств).

Мне гарантировано, что все необходимые и согласованные со мной манипуляции будут выполнены специалистом соответствующей квалификации, с применением им качественных материалов и инструментов с в соответствии с существующими стандартами и требованиями законодательства РФ.

Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата (в случае назначения), бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантийных сроках.

Мне понятно, и я осознаю, что результат лечения в каждом конкретном случае зависит не только от его качества, но и от реакции организма и общего состояния зубов.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного, я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ _____

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ _____

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты. Я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

Пациент: _____ Врач: _____

_____(подпись) _____(подпись)

Законный представитель: (при наличии) _____

_____(подпись) (дата оформления)