

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства на ортопедическом приеме

Я, ____ Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя ____ дата рождения _____, зарегистрированный по адресу: ____ адрес регистрации гражданина либо законного представителя ____, проживающий по адресу: ____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации) ____ В ОТНОШЕНИИ ____ Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем) ____ дата рождения пациента (при подписании законным представителем) ____, проживающего по адресу: ____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя) ____ даю согласие на оказание медицинской помощи в ____ полное наименование медицинской организации ____

Врачом – стоматологом-ортопедом ____ Фамилия Имя Отчество ____ мне установлен диагноз ____ и сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, что я согласен (согласна) с названными мне условиями.

Мне предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом ортопедическом лечении.

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования. Меня также познакомили 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 зубов).

Я осведомлен(а), что последствиями отказа от протезирования могут быть: прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта, при анестезии, обработке зубов, снятии 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 рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломки протезов.

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

Я осведомлен(а) о том, что срок ортопедического лечения длительный и зависит от сложности клинической ситуации, а также что срок лечения может измениться в связи с изменением плана лечения.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, определенному и согласованному с лечащим врачом. Меня осведомили о негативных последствиях в случае непосещения врача в указанный срок.

Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, об имеющихся заболеваниях, в том числе хронических, о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

До подписания настоящего согласия я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №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)

Пациент (его законный представитель)

Подпись

Фамилия Имя Отчество

Врач – стоматолог-ортопед

Подпись

Фамилия Имя Отчество

«___» _____ ____ Г.