**Информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение**

Данное информированное согласие составлено в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей» и Правилами о предоставлении медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв. ПП от 04.10.2012г.); со статьей 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, и, согласно ч.2 ст.20 ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, в отношении лица, не достигшего возраста 15-ти лет, согласие на медицинское вмешательство дает один из его родителей или иной законный представитель.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

(являясь законным представителем ребенка:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

(Ф.И.О. ребенка, дата рождения),

даю информированное добровольное согласие на проведение ортопедического лечения в ООО «Реферативная практика» **в соответствии с предложенным и согласованным планом лечения** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать номера зубов)*

Мне в доступной для меня форме разъяснено, что ортопедическое лечение имеет своей целью замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья, заполнена мной лично. Я признаю свою ответственность за умышленное сокрытие или искажение сведений о моём здоровье.

Я уведомлен(а) о необходимости проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования, включая оттиски, модели челюстей, рентген, КТ, фотоснимки, санацию полости рта, возможном депульпировании опорного зуба (зубов), лечение корневых каналов и т.д.

**Я уведомлен(а), что для покрытия зубов ортопедическими конструкциями проводится процедура сошлифовывания твердых тканей зуба, которая является необратимой.** Я согласен (согласна) с предложенным мне планом лечения.

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 зубов).

Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба, 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 проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки 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. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка ортопедических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно согласно прейскуранту Исполнителя.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других нейромиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, сколов и поломок протезов. Наличие сопутствующих заболеваний и индивидуальных особенностей организма, не позволяющих пациенту полностью адаптироваться к качественно изготовленным ортопедическим конструкциям (например, повышенный рвотный рефлекс), гарантийным случаем не являются и устраняются при наличии такой возможности за отдельную плату.

За осложнения, возникшие по причине некачественного лечения зубов в другой клинике, Исполнитель ответственности не несет.

Я уведомлен(а), что многократные примерки и коррекции протезов в процессе и после их изготовления (необходимые для индивидуализации и получения наилучшего результата протезирования), раскручивание фиксирующего ортопедическую конструкцию на имплантатах винта, нарушение фиксации постоянных и временных конструкций, пришлифовка готовых протезов по прикусу, расцементировка коронок являются конструктивной особенностью ортопедических конструкций и не относятся к существенным недостаткам оказанных услуг. Я также информирован(а) о необходимости избирательного пришлифовывания твердых тканей зубов. Я уведомлен(а) о необходимости платной перебазировки съемных протезов и замены фиксирующих элементов в процессе их эксплуатации не реже 1 раза в 6 месяцев.

Выбирая искусственную ортопедическую конструкцию, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и функциональные конструктивные особенности использования (ретенция пищи, наличие шахт для доступа к винтам, наличие видимых элементов фиксации съемных протезов и металлических частей коронок), и возможные неудобства при пользовании протезом (отсутствие разделения между спаянными коронками в составе мостовидных конструкций и чувствительности к сжатию зубов, изменение всех видов чувствительности, перекрывание частями протеза слизистой оболочки полости рта, необходимость применения гелей для лучшей фиксации съемных протезов, адаптации к жеванию и к дикции).

Я уведомлен о необходимости использования ирригатора и проведения профессиональной гигиены полости рта не реже 1 раза в 6 месяцев (либо в иные сроки установленные врачом) и об утрате гарантий при несоблюдении этих рекомендаций и правил пользования ортопедическими конструкциями.

Мне в доступной форме разъяснено, что зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии (снижении, уменьшении объема) десны, атрофии (нарушении питания, ведущее к изменению структуры) костной ткани челюсти, стираемости твердых тканей зубов. Поэтому, через какое-то время (которое зависит от скорости протекания вышеперечисленных иволютивных процессов) возникает необходимость коррекции, либо переделки зубных протезов.

Я проинформирован(а) о том, что при постановке временной конструкции возможна ее поломка и расцементировка, в связи с чем существует риск их проглатывания или попадания в дыхательные пути; что конструкции не выдерживают ударных и точечных нагрузок, протезами недопустимо разгрызание сухарей и сушек, раскалывание скорлупы орехов, открывание бутылок, перекусывание лески, ниток, проводов, открывание пакетов, пузырьков, конструкции протезов объединяют несколько зубов и не позволяют контролировать нагрузку на каждом отдельном зубе, особенно при попадании твердых частиц в мягкой пище.

Меня предупредили о необходимом бережном использовании протезов и что в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза. Мне ясна необходимость соблюдения последовательности и сроков лечения и возможные негативные последствия в случае несоблюдения очередности и сроков этапов, также возможность изменения объема работ и плана лечения.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров (не реже 1 раза в 6 месяцев) у стоматолога в течение лечения и по окончании, когда буду пользоваться зубными протезами.

Я в доступной для меня форме получил(а) от врача подробные разъяснения об особенностях протезирования в моей ситуации, понимая сущность предложенного протезирования и уникальность собственного организма, я уведомлен(а), что итоговый результат протезирования может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные протезы зубов эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций, особенно при различном освещении.

Я поставлен(а) в известность о том, что в течение 2х недель с момента фиксации зубных протезов могу обратиться к своему доктору за бесплатной коррекцией в случае такой необходимости.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни. Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает Клинику от ответственности.

Гарантийные обязательства не распространяются на случаи несоблюдения правил пользования протезами и дефектов, возникших из-за развития осложнений не по вине лечения (например, в случае отторжения имплантатов), а также в случае форс-мажорных обстоятельствах (например, травма). Либо при несоблюдении рекомендаций по режиму ношения ночных капп при бруксизме или повышенной стираемости, вызванной другими причинами.

В ряде случаев Клиника не может нести гарантийных обязательств, о чем пациенту сообщается и фиксируется в амбулаторной карте. Необходимым условием соблюдения Клиникой условий гарантийных обязательств являются профилактические осмотры, рекомендованные индивидуально каждому пациенту врачом, но не реже 1 раза в 6 месяцев. При неудовлетворительной гигиене полости рта, гарантийные обязательства аннулируются. Критерием качества гигиены полости рта является измерение гигиенических индексов.

**Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения, я** **имел(а) возможность полностью обсудить с врачом ход лечения и задать свои вопросы. Я в доступной для меня форме проинформирован(а) о возможных рисках и последствиях медицинского вмешательства, и согласен(а) с ними.**

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Также я информирован(а) о возможности получения мною бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в других медицинских учреждениях. Я информирован(а), что ООО «Реферативная практика» не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю своё согласие на стоматологическое ортопедическое лечение.

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года.

**Пациент/законный представитель пациента**

**согласился на медицинское вмешательство** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Пациент/законный представитель пациента

отказался от медицинского вмешательства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

Беседу провел врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Фамилия И.О.)

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года.