

## **Информированное добровольное согласие пациента на проведение ортопедического лечения**

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 4,5,20,21,22, 23,27 ФЗ №323 от 21.11.11г «Об охране здоровья граждан Российской Федерации», Законом о защите прав потребителей, ФЗ №326 от 29.11.10г. « Об обязательном медицинском страховании в РФ» и действующими законодательными актами.

Мне, \_\_\_\_\_,  
врач \_\_\_\_\_ предоставил всю интересующую  
меня информацию о предстоящем лечении. Лечащий врач внимательно осмотрел полость рта,  
разъяснил на основании данных диагностики преимущества и сложности выбранного метода  
лечения. Я согласен(на), доверяю и предоставляю право лечащему врачу провести ортопедическое  
лечение дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей.

Я ознакомлен с планом протезирования и проведения подготовительных мероприятий перед  
началом протезирования. Я понимаю, что перед началом курса ортопедического лечения  
необходимо произвести санацию и профессиональную гигиену полости рта в соответствии с  
рекомендациями лечащего врача.

Я ознакомлен со всеми возможными альтернативными вариантами протезирования. Мне  
также объяснили, что при отказе от лечения могут быть: прогрессирующее заболевание пародонта,  
прогрессирующее зубо-альвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности функции  
жевания, ухудшение эстетики, перелом зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой  
после проведенного эндодонтического лечения), а также прогрессирующее заболевание  
желудочно-кишечного тракта и нервной системы.

Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам  
протезирования, строго соблюдать сроки, что необходимо выдерживать, для перехода к  
следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Я понимаю, что зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается возрастным  
изменениям (как при наличии протеза, так и без него), которые проявляются в обнажении зуба,  
атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому, через какое-то время,  
зависящее от скорости протекания процессов старения, которые строго индивидуальны у каждого  
человека, возникает необходимость коррекции либо переделки протеза.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у лечащего врача и поэтому обязуюсь  
приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с лечащим врачом и записанному в  
истории болезни).

Я предупрежден, что во время адаптационного периода протез (ортопедическая  
конструкция), установленная мне, может вызвать болевые ощущения в области верхней и нижней  
челюсти, натирание слизистой оболочки губ и щек, нарушение речеобразования и другие  
дискомфортные явления. Мне известно, что адаптационный период в среднем может длиться от 1  
до 4 недель.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ ФИО полностью \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_ ФИО полностью \_\_\_\_\_