

Информированное добровольное согласие пациента на проведение ортопедического лечения

Я, _____ (Ф.И.О. полностью) получил(а) от своего лечащего врача _____ (Ф.И.О.) всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении. Врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил преимущества и сложности предполагаемого метода лечения, я согласен(на) с этим методом протезирования. Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала ортопедического лечения.

Я предварительно проинформирован(а), что одним из основных факторов успешного лечения с применением ортопедической конструкции является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении мною личной гигиены полости рта возможно развитие кариозного процесса в зонах контакта ортопедической конструкции с эмалью зуба.

Я знаю, что ортопедическая конструкция - это инородное тело в полости рта. Мне было сообщено, что привыкание к ортопедической конструкции происходит в течении 20 - 50 дней. В это время могут возникать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти, при пережевывании и откусывании пищи, натирание слизистой оболочки губы и щеки. После периода адаптации все неприятные ощущения проходят. Деньги за съемные ортопедические конструкции к которым пациенты не могут привыкнуть, возвращены не будут. Мне известно, что для рационального протезирования, возможно, потребуется удаление отдельных зубов на верхней и нижней челюсти. О необходимости удаления зубов врач сообщает до начала ортопедического лечения.

Я предупрежден(а) о возможных обострениях заболеваний парадонта (гингивит, парадонтоз, парадонтит) в этом случае я согласен(а) проводить комплексное лечение у врача-терапевта и врача-пародонтолога.

Я предупрежден(а), что при лечении с применением ортопедической конструкции возможны обострения заболеваний парадонта, обусловленные скрытыми очагами инфекции.

Я согласен(на) после окончания активного периода лечения носить ортопедическую конструкцию в течении всего периода, необходимого для закрепления результатов лечения. Я знаю, что контроль за ношением ортопедической конструкции будет осуществлять врач-ортопед.

Ремонт ортопедической конструкции. Я осведомлен(а), что перелом, трещина, в пластмассовых деталях ортопедической конструкции или ее металлических частях, приварках отдельных элементов, не относится к гарантийным случаям и должны быть оплачены мной отдельно. Гарантия на временные ортопедические конструкции не предоставляется / временные ортопедические конструкции устанавливаются только на период протезирования/.

Я предупрежден(а) о необходимости регулярного посещения врача-ортопеда в сроки, указанные в визитной карточке. Несвоевременное и редкое посещение врача-ортопеда приводит к снижению качества ортопедического лечения.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеуказанное, имел(а) возможность обсудить с доктором все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующим реабилитационным периодом. Также мне сообщалось, что в процессе лечения возможны некоторые изменения ортопедической конструкции для более качественного лечения, а также стоимость моего лечения. Доктор пояснил мне, что об изменении в плане лечения мне будет сообщено при ближайшем посещении доктора.

На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие меня ответы, и у меня не осталось невыясненных вопросов к доктору.

Мое согласие является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Ф.И.О. и подпись пациента _____

Дата _____ Подпись врача _____