Приложение №10

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Установка съёмных ортопедических конструкций
в стоматологической клинике «А-Пломб»

Приложение к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____от «_____» _____ 202___г.

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. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства,

Я_____
(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) о поставленном диагнозе
_____
_____

Я получила(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения.

Я понимаю, что результатом протезирования является установка искусственных зубов вместо утраченных для обеспечения жевания пищи и эстетической целостности зубных рядов.

Я соглашаюсь на следующую конструкцию протеза:
_____
_____

Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и планом самого протезирования, с возможными альтернативными вариантами протезирования, в том числе протезировании несъемными конструкциями и протезированием на имплантатах, которые, в моем случае, будут иметь лучший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа), но недоступны мне по финансовым причинам или медицинским показаниям .

Выбирая данную конструкцию протеза, я соглашаюсь на присущие ей вероятные недостатки в виде времени для привыкания к протезам и необходимость периодических коррекций, в том числе перебазировки протеза 1 раз в 6 месяцев, которые даже в период гарантийного срока проводятся за дополнительную плату.

Выбирая данную конструкцию протеза, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и недостатки и возможные неудобства при пользовании протезом:
_____
_____

Я соглашаюсь с тем, что при съемном протезировании протезы зубов не фиксируются постоянно в полости рта, возможность извлечения (снятия) протеза из ротовой полости и его нахождение вне ротовой полости может приводить к повреждению протеза, требует специального ухода за протезом (меры ухода указываются дополнительно в Памятке, с которой я был ознакомлен до начала лечения и получил ее на руки).

Я соглашаюсь с тем, что при использовании съемных протезов возможны дискомфортные ощущения в ротовой полости, привыкание к которым требует времени и, при необходимости, процедур коррекции.

Последствиями отказа от протезирования могут быть: прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболевания пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, утрата кости челюсти, рецессия десен, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я соглашаюсь с тем, что при протезировании с опорой на зубы есть необходимость обтачивания зубов (препарирования эмали) для установки коронок, накладок, виниров, замковых креплений систем фиксации съемного протезирования). Данные манипуляции не входят в стоимость съемного протеза.

Я соглашаюсь с тем, что для опоры протеза необходимо провести депульпирование (удаление нервов, при этом зуб становится неживым, но успешно выполняет функцию опоры протеза) и пломбирование каналов зубов

Я понимаю необходимость строго следовать этапам протезирования и соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Мне понятно, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает, и это может приводить к их разрушению. Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами.

Съемные протезы имеют срок эксплуатации (не путать с гарантийным сроком!) от 3 до 7 лет при условии идеального выполнения всех врачебных рекомендаций и коррекции протезов не реже 1 раза в 6 месяцев. В процессе эксплуатации при воздействии жевательной нагрузки протезы могут получать трещины, отколы искусственных зубов и пластмассы базиса протеза. Данные случаи не являются гарантийными и устраняются при наличии такой возможности путем починки протеза за дополнительную плату.

Срок гарантии и срок службы на любой съемный протез, изготовленный в нашей клинике, составляет 1 год с момента начала использования протеза. В течение гарантийного срока все дефекты конструкции протеза будут устранены за счет клиники. Пациент обязан самостоятельно записываться и являться на прием в клинику согласно графику контрольных осмотров: не реже 1 раза в 3 месяца в первый год использования протеза и не реже 1 раза в 6 месяцев в последующие годы использования протеза и графику коррекции (перебазировки) протеза: не реже 1 раза в 6 месяцев в течение всего срока использования съемного протеза.

В случае нарушения пациентом врачебных рекомендаций и назначений, неявки на профилактический и контрольный осмотр, отказа или несвоевременного проведения коррекции съемного протеза (перебазировки), активации кламмеров, замены удерживающих матриц, вмешательства в конструкцию протеза самостоятельно или силами третьих лиц все гарантийные обязательства утрачиваются и любые последующие модификации, починки и переделки будет проводиться за дополнительную плату согласно прайсу клиники даже в пределах гарантийного срока.

Я знаю, что в качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые или качественно пролеченные зубы и ткани пародонта, а также извещен(а) о необходимости рентгенологического исследования опорных зубов и челюстей.

Я понимаю, что если я настаиваю на использовании в качестве опоры протеза зубов с некачественными пломбированными корневыми каналами, с очагами деструкции в области верхушки корня, с заболеванием пародонта и другими отклонениями от нормы (которые не удалось устранить в процессе лечения), то возрастает риск обострения заболевания зуба и ухудшения его состояния, что может привести к удалению зуба и зубного протеза. Настаивая на вышеуказанном, я беру на себя риск возникновения осложнений в опорных зубах и соглашаюсь с установлением гарантийного срока на протезирование в размере 7 дней.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я осведомлен(а), что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятие оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи.

Я понимаю, что во время эксплуатации надлежащим образом изготовленных и установленных протезов (особенно при пережевывании и откусывании с силой), есть вероятность возникновения переломов протезов, трещин и отколов облицовочного материала искусственных зубов, появление натертостей на деснах, изменение цвета протеза, стирание зубов, обострение хронических процессов в опорных зубах и др.

Я осведомлена(а), что при наличии патологии височно – нижнечелюстных суставов, жевательных мышц, психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, поломок протеза.

Я информирован(а) о том, что в случае изготовления бюгельного протеза на телескопической фиксации с использованием вторичных телескопических колпачков, необходимо производить платную замену вторичных гальванических колпачков в связи со снижением качества фиксации из-за физического износа фрикционных частей. Такую замену необходимо производить один раз в 2 года в том случае, если первичная (несъемная) часть изготовлена из сплавов драгоценных металлов. В случае изготовления первичного колпачка из неблагородных сплавов, которые отличаются повышенной твердостью, физический износ гальванического колпачка происходит быстрее и замена производится не менее 1 раза в год. Замена матриц в составе замкового крепления проводится не реже 1 раза в 6 месяцев. Я понимаю, что замена колпачков и матриц будет платной.

Я согласен с тем, что при протезировании с использованием бюгельного протеза на опорных зубах будут видны фиксирующие элементы (замки).

Я понимаю, что нет гарантии совпадения ожидаемого мной результата с полученным результатом и, что при установленном в гарантийном сроке на каждый из видов протезов, невозможно гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом. При утрате опорных зубов платной переделке подлежит и весь протез.

В доступной 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 (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ,2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, положении о гарантиях и сроках службы на овеществленные результаты оказанных услуг, о правилах использования установленных стоматологических конструкций.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей

квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответствующих стандартов и протоколов лечения. 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, удаление или замена стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении лицам, его оплачивающим, близким родственникам, а также всем лицам, профессионально обязанным сохранять медицинскую тайну.

_____ _____

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

_____ _____

(подпись) (Ф.И.О. пациента)

"_____" _____ 2018 г.

(дата оформления)