



Клиника  
Эффективной  
Стоматологии

ООО "Клиника Эффективной стоматологии"  
Р/с 407 028 103 098 100 205 82, ИНН 5032216650  
143030, Московская область, Одинцовский район,  
село Успенское, дом 34, офисное помещение В1.

***Информированное добровольное согласие на медицинское  
вмешательство.  
Ортопедическое лечение.***

Настоящее Положение разработано в соответствии с Гражданским кодексом РФ, Законом РФ «О защите прав потребителей» (в редакции Федерального Закона РФ № 2 — ФЗ от 09.01.96 г., Федерального Закона РФ от 17.12.99 г. № 212-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «О защите прав потребителей»), Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (утв. Постановлением Правительства РФ от 13.01.96 г. №27).

Я, \_\_\_\_\_,

(Ф. И. О. полностью)

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач –стоматолог

\_\_\_\_\_.

(Ф. И. О. лечащего врача)

В исключительных случаях (болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив моё согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом-стоматологом и понятна следующая информация о сути ортопедического лечения.

**Ортопедическое лечение** заключается в удалении инфицированных твердых тканей зуба с последующим замещением дефекта одним из видов протезов (коронка, мостовидный протез), который изготавливается в зуботехнической лаборатории по слепку, сделанному врачом.

О возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: перелом зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой после проведенного эндодонтического лечения); прогрессирование зубоальвеолярной деформации; дальнейшее снижение эффективности жевание ; ухудшение эстетики; нарушение функций речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата зубов остаточного прикуса; заболевание жевательных мышц и височно- нижнечелюстного сустава; заболевание желудочно-кишечного тракта; нейропатология.

Альтернативными методами лечения являются: лечение с помощью пломбы , реставрации, удаление поражённого зуба (зубов), отсутствие лечения как такового.

- ❖ В процессе лечения допустимо уточнение диагноза, коррекция рекомендованного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
- ❖ В частности, кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, увеличение объёма препарирования и реставрации в связи с выявлением скрытых кариозных дефектов;
- ❖ Вскрытие полости зуба с необходимостью проведения эндодонтического лечения
- ❖ О возможных осложнениях при снятии оттисков, а именно: проглатывание или вдыхание оттисковых масс, микротравма слизистой оболочки полости рта;
- ❖ О возможных осложнениях после лечения, а именно: возникновение самопроизвольных болей от термических раздражителей или при накусывании на протез, в результате чего может потребоваться замена протеза или эндодонтическое лечение зуба; воспаление десны вокруг зуба;
- ❖ Я понимаю, что соблюдение технологии не всегда позволяет избежать воспалительных процессов в зубе из-за индивидуальных особенностей течения воспалительного процесса и состояния здоровья зуба.

***Мне озвучены и со мной согласованы:***

- ❖ технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- ❖ сроки проведения лечения;
- ❖ стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом.
- ❖ возможные альтернативные варианты лечения.

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

Я внимательно ознакомился(ась) и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_  
/ \_\_\_\_\_  
Подпись Ф. И. О. полностью

**Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал(а) ответы на все вопросы.**

\_\_\_\_\_  
/ \_\_\_\_\_  
Подпись Ф. И. О. врача