**ООО СДС «СОФИЯ»**

**Добровольное информированное согласие**

**на проведение медицинского вмешательства**

Ортопедическое лечение

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что и согласен (согласна) назначенными мне условиями его произведения.

1. Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

В исключительных случаях (например, болезнь врача) поликлиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об это получив мое Согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

1. Диагноз (указан в лечебной карте).
2. Допустимость уточнения диагноза (показаний к протезированию) в процессе лечения.
3. Индивидуальный рекомендованный план ортопедического лечения и подготовки к нему.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе проведения, о чем меня уведомит врач.

1. Возможные альтернативные варианты протезирования.
2. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно: пере зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведения эндодонтического лечения; прогрессирование зубоальвеолярных деформаций; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функций р прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата зубов остаточного прикуса; заболевания жевательных мышц и височнонижечелюстного сустава; заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатология.
3. Возможные осложнения на разных этапах протезирования (нужное добавить, ненужное зачеркнуть)
* под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола; снижение внимания; аллергические реакции;
* последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменение витамина иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;

- при снятии старых ортопедических конструкций: перелом опорного зуба, повреждения мягких тканей полости рта;

* при получении отгисков: рвотный рефлекс, асфиксия материала, экстракция зубов с патологической подвижностью, расцементир старых конструкций;
* аллергическая реакция на конструктивные материалы и анестетики;
* после постановки протезов, а именно: перелом конструкций при ненадлежащем использовании, расцементировка конструкций нестабильность цвета конструкций на основе полимерных материалов.
* другое: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.8. Возможное возникновение необходимости через некоторое время проводить коррекцию либо переделку протеза (по ситуации) по причинам, не зависящим от работы врача, по обусловленным неизбежными изменениями в полости рта, а именно: опущение и изменение формы десны, атрофия костной ткани челюсти, стираемость поверхности зубов (время коррекции или переделки протеза зависит от скорости изменений в полости рта конкретного человека), связанные с возрастными изменениями организма.

1. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.
2. Мне названы и со мной согласованы:

технология, методы и материалы, которые будут использованы в процессе лечении;

сроки проведения лечения;

стоимость отдельных этапов и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости иобоснует это.

1. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования: ортопантомофамма, прицельный снимок, консультации стоматологов иного профиля и врачей общего медицинской профиля.
2. Мне понятно, что для поддержания конструкций в адекватном состоянии, я должен (должна) один раз в полгода с момента сдачи работы проходить контрольный осмотр и при необходимости, профессиональную гигиеническую чистку. Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающи ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента. Я даю согласие на обработку моих персональных данных.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. Подпись пациент:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_