

Информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение

от " ____ " _____ 20__ г.

Я, _____,

Получил от врача _____ интересующую меня информацию о предполагаемом ортопедическом лечении. Мне был составлен план лечения, с которым я ознакомлен и согласен.

Мне понятен план ортопедического лечения, которое имеет своей целью долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию. Я ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования.

Я также ознакомлен с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые, в моем случае, будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение зубов).

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

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

При наличии в полости рта разнородных металлов могут возникнуть гальванические токи, следствием возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта. Я предупрежден, что при патологии височно-нижнечелюстных суставов после протезирования могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломки протезов, а в отдельных случаях изготовление нового протеза. Я предупрежден, что ортопедическая конструкция с течением времени потребует коррекции или замены некоторых элементов.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры 1 раз в _____ мес. Я согласен(а) на применение местной анестезии. Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции. Я даю согласие на проведение мне рентгенологического обследования во время лечения. Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридически значимым и влечет существенные правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на проведение данного ортопедического лечения.

Подпись врача _____

Подпись пациента _____

ОБРАЗЕЦ