

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства на ортопедическом приеме

Я,

Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя

дата рождения гражданина или законного представителя, зарегистрированный по адресу:

проживающий по адресу:

в отношении

Фамилия, Имя Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем), дата рождения пациента (при подписании законным представителем)

проживающего по адресу:

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю согласие на оказание медицинской помощи в Санкт-Петербургском государственном учреждении здравоохранения «Стоматологическая поликлиника №12»

Врачом – стоматологом-ортопедом _____

Фамилия Имя Отчество

МНЕ

установлен диагноз _____

и сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении, что я согласен (согласна) с названными мне условиями.

Мне предоставлена вся интересующая меня информация о предполагаемом ортопедическом лечении.

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования. Меня также ознакомили 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 осведомлен(а), что последствиями отказа от протезирования могут быть: прогрессирующее зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирующее заболевание пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта, при анестезии, обработке зубов, снятии 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. 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.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломки протезов.

Меня предупредили, что в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза.

Я осведомлен(а) о том, что срок ортопедического лечения длительный и зависит от сложности клинической ситуации, а также что срок лечения может измениться в связи с изменением плана лечения.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, определенному и согласованному с лечащим

врачом. Меня осведомили о негативных последствиях в случае непосещения врача в указанный срок.

Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, об имеющихся заболеваниях, в том числе хронических, о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

До подписания настоящего согласия я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Данный документ является неотъемлемой частью Договора и составлен в двух экземплярах. Один экземпляр хранится у Пациента, а другой в СПб ГБУ «Стоматологическая поликлиника №12»

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Пациент (его законный представитель)

Подпись

Фамилия Имя Отчество

Врач – стоматолог-ортопед

Подпись

Фамилия Имя Отчество

«__» _____