



ДИАМАНТ  
групп

## Информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение

Я, \_\_\_\_\_,  
действующий (-ая) от своего имени и в собственных интересах / в интересах \_\_\_\_\_

проинформирован (-а) лечащим врачом \_\_\_\_\_

о необходимости проведения ортопедического лечения, включающую в себя следующие медицинские стоматологические вмешательства (подчеркнуть необходимые):

- изготовление и установка вкладки на собственном зубе и связанные с этим манипуляции;
- изготовление и установка временной коронки на собственном зубе и связанные с этим манипуляции;
- изготовление и установка постоянной коронки на собственном зубе и связанные с этим манипуляции;
- изготовление и установка полукоронки, винира и связанные с этим манипуляции;
- изготовление и установка каппы и связанные с этим манипуляции;
- установка формирователя десневой манжетки на имплантате и связанные с этим манипуляции;
- изготовление и установка коронки на имплантате, и связанные с этим манипуляции;
- иные вмешательства (указываются лечащим врачом):

Необходимость в проведении ортопедического лечения вызвана диагнозом, установленным лечащим врачом и зафиксированным в стоматологической амбулаторной карте.

Ортопедическое лечение имеет своей целью создание благоприятных условий для выздоровления и/или реабилитации пациента. Я проинформирован (-а) о преимуществах, сложностях и возможных рисках ортопедического лечения и осознаю вероятность осложнений после ее проведения. При этом, я был (-а) проинформирован (-а) и о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также был (-а) проинформирован (-а) о том, что альтернативой ортопедического лечения является отсутствие либо отказ от лечения.

Мне известно, что до начала лечения я имею право отказаться от проведения ортопедического лечения. Последствиями отказа от ортопедического лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие осложнений, появление либо продолжение болевых ощущений, а также обострение иных системных заболеваний организма. Я проинформирован (-а) о том, что отказ от проведения ортопедического лечения оформляется в письменной форме.

Я проинформирован (-а) о том, что основные осложнения ортопедического лечения могут быть обусловлены индивидуальными анатомически-физиологическими особенностями организма. Я проинформирован (-а) о том, что в период и после проведения ортопедического лечения могут возникнуть следующие осложнения: аллергия, чувство жжения, изменение

температуры тела, воспалительные процессы, отеки, онемение частей лица и шеи, изменение цвета тканей и кожных покровов, нарушение функций глотания, жевания и речи. При наличии в полости рта разнородных металлов также могут возникать гальванические токи, следствием которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта. Осложнения ортопедического лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области. При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникать осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушения функций речи, жевания, глотания; поломки протезов.

Я понимаю, что реабилитационный процесс после ортопедического лечения строго индивидуален по длительности и характеру течения. Я осведомлен (-а) о том, что итоги ортопедического лечения непрогнозируемы и существует вероятность повторного обращения за медицинской стоматологической помощью. Вместе с тем мне гарантировано проведение лечения специалистами соответствующих квалификаций с применением качественных материалов и инструментов, с соблюдением разрешенных методик лечения и правил санитарно-эпидемиологического режима. Я осведомлен (-а) о том, что лечащий врач сделает все от него зависящее для уменьшения рисков лечения. Мне известно, что в ходе лечения будет применено обезболивание (анестезия), выбор которого производится лечащим врачом с учетом особенностей организма.

Мне известно, что только во время ортопедического лечения может быть окончательно определен объем (его расширение либо отказ от запланированного объема). Мне понятен предлагаемый план лечения, а также я согласен (-а) с возможным его изменением в процессе проведения ортопедического лечения по показаниям. Также я понимаю, что до начала проведения ортопедического лечения может появиться необходимость в обязательном проведении ряда подготовительных лечебных мероприятий (например, терапевтическое, хирургическое, ортодонтическое лечение; устранение парафункции мышц, лечение височно-нижнечелюстных суставов и др.).

Лечащий врач предоставил мне информацию о рекомендациях после ортопедического лечения, включая сведения о режиме питания и возможных ограничениях еды и питья; о гигиеническом уходе за полостью рта и уходе за ортопедическими изделиями; о возможных временных ограничениях в совершении некоторых действий (например, управление транспортным средством); о необходимости в приеме лекарственных средств; о необходимости и сроках рентгенологического контроля качества лечения; о необходимости явок на очные контрольные осмотры по назначенному и зафиксированному в стоматологической амбулаторной карте графику.

Я подтверждаю, что сообщил (-а) лечащему врачу сведения о состоянии здоровья, о наличии в настоящем и прошлом всех известных мне диагнозов. Я подтверждаю, что добросовестно ответил (-а) на все поставленные лечащим врачом вопросы касательно состояния здоровья, не скрыв никакой информации.

Я подтверждаю, что имел (-а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил (-а) ответы на них в понятной форме. Я ознакомлен (-а) с настоящим информированным добровольным согласием и понимаю юридическую значимость данного документа, что влечет правовые последствия.

Я предупрежден (-а), что при выявлении скрытых технологических дефектов сроки изготовления протезов могут быть увеличены, а в отдельных случаях может возникнуть необходимость в изготовлении новых протезов.

Я понимаю, что настоящее информированное добровольное согласие является неотъемлемой частью Публичного договора на оказание медицинских стоматологических услуг ООО «ДиамантГрупп».

Я подтверждаю свое согласие на проведение ортопедического лечения и принимаю решение о его начале.

Настоящее информированное добровольное согласие составлено \_\_\_\_\_ года  
в\_часов\_минут.

Лечащий врач

Пациент / законный представитель пациента

\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

\_\_\_\_\_

Ф.И.О.