**Информированное добровольное согласие**

**на ортопедическое лечение**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

(ФИО пациента)

Врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО врача)

проинформирован(а) о необходимости ортопедического лечения следующих зубов:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я проинформирован(а), что ортопедическое лечение имеет своей целью долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию.

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования. Я также ознакомлен(а) 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 жевательного аппарата).

Я проинформирован, что последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я проинформирован(а), что:

- в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятии оттисков, корректировки 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 проявления которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой полости рта;

- при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, нарушение функции речи, жевания, глотания, поломок протезов.

Я предупрежден(а) и согласен(а), что в отдельных случаях может появиться необходимость изготовления нового протеза.

При оказании ортопедической помощи мне гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил сан.эпид. режима.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача, поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, обговоренному с доктором.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергических реакциях в прошлом и в настоящее время.

Я извещен(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты. Я информирован(а) о том, что не реже одного раза в 6 месяцев мне необходимо пройти контрольный осмотр у врача стоматолога и не реже одного раза в 3 месяца пройти гигиенические процедуры у гигиениста, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных препаратов (например для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.д.).

Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) полные и понятные мне ответы на них.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанной медицинской процедуры в соответствии с ним.

Я подтверждаю, что после всех разъяснений относительно процедуры, понимаю все возможные последствия, и согласна на проведение вышеуказанной стоматологической процедуры.

Дата «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. ◦

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка )

Я, врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_проинформировал(а) пациента о порядке проведения процедуры, о противопоказаниях, о возможных негативных последствиях и осложнениях, а также дала рекомендации для пациента, которые необходимо соблюдать после проведенной процедуры.

Дата «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. ◦

Специалист \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка )