Информированное добровольное согласие пациента на проведение ортопедического лечения

Настоящее добровольное соглашение  составлено в соответствии со статьями 4,5,20,21,22, 23,27 ФЗ №323 от 21.11.11г «Об охране здоровья граждан Российской Федерации », Законом о защите прав потребителей, ФЗ №326 от 29.11.10г. « Об обязательном медицинском страховании в РФ» и действующими законодательными актами.

Мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ предоставил всю интересующую меня информацию о предстоящем лечение. Лечащий врач внимательно осмотрел полость рта, разъяснил на основании данных диагностики преимущества и сложности выбранного метода лечения. Я согласен(на), доверяю и предоставляю право лечащему врачу провести ортопедическое лечение дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей.

Я ознакомлен с планом протезирования и проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования. Я понимаю, что перед началом курса ортопедического лечения необходимо произвести санацию и профессиональную гигиену полости рта в соответствии с рекомендациями лечащего врача.

Я ознакомлен со всеми возможными альтернативными вариантами протезирования. Мне также объяснили, что при отказе от лечения могут быть: прогрессирование заболеваний пародонта, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности функции жевания, ухудшение эстетики, перелом зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения), а также прогрессирование заболеваний желудочно-кишечного тракта и нервной системы.

Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строго соблюдать сроки, что необходимо выдерживать, для перехода к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Я понимаю, что зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается возрастным изменениям (как при наличии протеза, так и без него), которые проявляются в обнажении зуба, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому, через какое-то время, зависящее от скорости протекания процессов старения, которые строго индивидуальны у каждого человека, возникает необходимость коррекции либо переделки протеза.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у лечащего врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с лечащим врачом и записанному в истории болезни).

Я предупрежден, что во время адаптационного периода протез (ортопедическая конструкция), установленная мне, может вызвать болевые ощущения в области верхней и нижней челюсти, натирание слизистой оболочки губ и щек, нарушение речеобразования и другие дискомфортные явления. Мне известно, что адаптационный период в среднем может длиться от 1 до 4 недель. При невыполнении рекомендаций ношения ортопедической конструкции и несвоевременном обращении с жалобой к лечащему врачу деньги за конструкцию, к которой я не смог привыкнуть, не возвращаются.