

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство (ортопедическое лечение)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н¹ (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская стоматологическая поликлиника №2»

Медицинским работником _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я ознакомлен с планом протезирования и проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования.

Мне разъяснено и понятно, что последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба при отказе покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирования зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, а также заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания нервной системы.

Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строго соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Я понимаю, что хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить моё стоматологическое здоровье, тем не менее, протезирование является своего рода вмешательством в мой организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентный успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования

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

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

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.

