в соответствии со ст. 20 ФЗ-323 от 21.11.11 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ; **ФЗ «О защите прав потребителей»**

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Я, _____, « » _____ _____ года рождения, на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи добровольно даю согласие на обследование и лечение в ООО «Бест-Стом»: **ортопедическое лечение.**

1. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о предстоящем лечении:

- Диагноз (указан в лечебной карте)_____
- Допустимость уточнения диагноза (показаний к протезированию) в процессе лечения.
- Индивидуальный рекомендованный план ортопедического лечения и подготовки к нему.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе проведения, о чем меня уведомит врач.

- Возможные альтернативные варианты протезирования.
- **Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения**, а именно: пере зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведения эндодонтического лечения); прогрессирование зубоальвеолярных деформаций; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функций, прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата зубов остаточного прикуса; заболевания жевательных мышц и височнонижечелюстного сустава; заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатология.
- **Возможные осложнения на разных этапах протезирования:**
- под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола; снижение внимания; аллергические реакции;
- последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменение витамина иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
- - при снятии старых ортопедических конструкций: перелом опорного зуба, повреждения мягких тканей полости рта;
- при получении оттисков: рвотный рефлекс, асфиксия материала, экстракция зубов с патологической подвижностью, расцементирование старых конструкций;
- аллергическая реакция на конструктивные материалы и анестетики;
- после постановки протезов, а именно: перелом конструкций при ненадлежащем использовании, расцементировка конструкций, нестабильность цвета конструкций на основе полимерных материалов.
- другое: _____

2.8. Возможное возникновение необходимости через некоторое время проводить коррекцию либо переделку протеза (по ситуации) по причинам, не зависящим от работы врача, по обусловленным неизбежными изменениями в полости рта, а именно: опущение и изменение формы десны, атрофия костной ткани челюсти, стираемость поверхности зубов (время коррекции или переделки протеза зависит от скорости изменений в полости рта конкретного человека), связанные с возрастными изменениями организма.

3. Мне была предоставлена возможность предварительно ознакомиться с Положением о «Порядке предоставления гарантии на стоматологические услуги» в ООО «Бест-Стом», мне названы и со мной согласованы гарантии в моем конкретном случае.
4. Мне названы и со мной согласованы:

- технология, методы и материалы, которые будут использованы в процессе лечении;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных этапов и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

5. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования: ортопантомофамма, прицельный снимок, консультации стоматологов иного профиля и врачей общего медицинской профиля.
6. Мне понятно, что для поддержания конструкций в адекватном состоянии, я должен(на)**один раз в полгода с момента сдачи работы проходить контрольный осмотр** и при необходимости, профессиональную гигиеническую чистку.

Мною были заданы медицинскому работнику все интересующие меня вопросы о предстоящем лечении и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Данное информированное добровольное согласие действительно в течение всего срока оказания медицинской помощи в ООО «Бест-Стом». Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги. Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента:

_____/Ф.И.О. пациента /

Дата: « » _____20 г.

Подпись: медицинский работник

_____/Ф.И.О. врача /

Дата: « » _____20 г.