

ООО «Поликлиника «ЮКАС»

Приложение к договору № _____
от « _____ » _____ 20__ г.
и медицинской карте № _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ на ортопедическое лечение

Я, (Ф. И. О.) _____, обратился(лась) в ООО «Поликлиника «ЮКАС» для ортопедического лечения дефектов коронок зубов, частичного отсутствия зубов или полного отсутствия зубов (необходимое подчеркнуть).

Я получил (а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен (а) о последствиях отказа от протезирования, об альтернативных методах протезирования и обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти в процессе изготовления протезов и во время их эксплуатации.

Я ознакомлен (а) со стандартами ортопедического лечения, установленными в клинике.

Я понимаю необходимость качественной подготовки зубов и тканей пародонта к протезированию, а также необходимость их рентгенологического обследования.

Врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, соблюдать сроки и последовательность их проведения.

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств, назначенных врачом.

Я проинформировал (а) врача обо всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время, и предупрежден (а) о возможности возникновения аллергической реакции на некоторые стоматологические материалы, применяемые для изготовления зубных протезов (металлы, пластмассы, оттисковые массы, цементы и др.).

Я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических этапов протезирования.

Я понимаю, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов, нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает, и это приводит к их разрушению. Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и зубными протезами, а также обязуюсь приходить на контрольные профилактические осмотры в соответствии с установленным планом лечения.

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях, возникающих во время эксплуатации зубных протезов (особенно при увеличении нагрузки), в т. ч. Возникновение переломов протезов, трещин, сколов облицовочного материала, изменение цвета, стирание зубов антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах и др.

Я согласен (а), что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным результатом и понимаю, что при сроке гарантии на зубные протезы _____, никто не может гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных сроках и ознакомлен (а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь на гарантию. Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я доверяю врачу стоматологу-ортопеду _____ и согласен (а) провести ортопедическое лечение.

Я ознакомился (ась) с данным Приложением и понимаю, что последнее влечет для меня правовые последствия.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

« _____ » _____ 20__ г.

***Примечание.** При приеме детей до 18 лет приложение обязательно подписывается родителями или сопровождающим лицом.