

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

На основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. № 736

Я, пациент _____
_____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____

Уполномочиваю врача стоматолога-ортопеда _____ провести ортопедическое лечение.

Я получил(а) всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении.

Я понимаю, что нарушения в зубочелюстной области могут привести к ряду функциональных нарушений в других частях организма.

Я понимаю, что протезирование - это заключительный этап лечения, для эффективности которого на первом этапе может потребоваться проведение ряда мероприятий, кроме проведения хирургической и терапевтической санации. Это депульпирование, сошлифовывание зубов, коррекция прикуса, устранение парафункции мышц, лечение височно-нижнечелюстных суставов, ряд хирургических (коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, уздечек и др.) и пародонтологических вмешательств.

Я проинформирован(а) о других возможных методах лечения.

Я согласен (на) с предложенным мне лечащим врачом планом лечения.

Я понимаю необходимость диагностического рентгенологического контроля для оценки качества лечения зубов перед ортопедическим лечением.

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятия 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 возникновения которых является чувство жжения, болезненность, покраснение и отечность слизистой оболочки полости рта.

При проведении хирургических вмешательств могут увеличиться сроки изготовления протезов.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.

Меня также предупредили, что при выявлении скрытых технологических дефектов увеличиваются сроки изготовления протеза, а в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза не за счет пациента.

Я предупрежден(а) о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций врача, режима приема лекарственных препаратов, неявка в назначенное время на этапы лечения и последующие профосмотры, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии по поводу моего излечения, а гарантировано лишь то, что все необходимые и согласованные со мной лечебные манипуляции будут выполнены в соответствии с существующими стандартами и требованиями.

Я полагаю, что в моих интересах приступить к предложенному и согласованному со мной плану и методу стоматологического лечения. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой сформированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

В доступной форме мне были разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, а также предполагаемые результаты медицинской помощи.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

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

«__» _____ 20__ г. _____ ФИО _____

Заместитель главного врача по поликлиническому разделу работы
ФГБУЗ КБ №33 ФМБА России _____

Н.В. Комкова

