**ИНФОРМИРОВАНИЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на проведение ортопедического лечения в ООО «Ника»**

**Юридический адрес: 249000 Калужская область, Боровский р-н, г. Балабаново,**

**ул. 50 лет Октября д. 6. ИНН/КПП 4003031910 / 400301001**

**«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 г. г.Балабаново**

**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 и действующими законодательными актами.**

1. Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество пациента – полностью)

получил(а) от своего лечащего врача всю интересующую меня информацию о представляемом лечении. Я понимаю цель, суть и локализацию ортопедического лечения. Я остановил(а) свой выбор на протезировании, представленном ниже, в плане ортопедической реабилитации. Я уполномочиваю стоматолога-ортопеда провести лечение, в соответствии с предварительным планом, составленным врачом и одобренным мной.

2. Мною получена вся необходимая информация о других видах лечения, с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые не приемлемы для меня по стоимости, или в моем случае будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение зубов), а также о сложностях и временных неудобствах, связанных с планируемой ортопедической реабилитации. Мне разъяснили все возможные варианты ортопедического лечения, объяснили преимущества и недостатки, предложили выбор из всех доступных материалов и видов конструкций (согласно прейскуранту ООО «Ника»). Объяснили преимущества и недостатки всех доступных материалов (в том числе я был(а) проинформирован(а) о том, что выбор металлокерамической конструкции не предполагает абсолютного соответствия цвету соседних зубов в силу оптических свойств материала, возможно изменение цвета в придесневой области). Также меня проинформировали, что с течением времени возможна рецессия десны (оголение шейки зуба), последствием этого может видимая разница в цвете между ортопедической конструкцией и опорной частью ортопедической конструкции (корень своего зуба или абатмент импланта). Ввиду того, что особенности функционирования связочного аппарата корней зубов предполагают возможность их перемещения, возможно усиление или ослабление межзубного контакта, вплоть до появления пространства между зубами (тремы, диастемы). Чаще подобные осложнения проявляются после ортодонтического лечения. Эти последствия могут быть устранены повторным изготовлением ортопедической конструкции и/или хирургической коррекцией мягких тканей, ортодонтического лечения. Мне объяснили преимущества и недостатки восстановления отсутствующих зубов с помощью съемных и мостовидных протезов, а также конструкций с опорой на импланты.

3. Я ознакомлен(а) с планом ортопедической реабилитации, который не исключает возможности появления дополнений и изменений, которые могут возникнуть во время лечения, такие как: необходимость включения в реабилитацию других зубов; изменение типа конструкции; дополнительное терапевтическое, парадонтологическое, хирургическое, имплантологическое, ортодонтическое лечение.

4. Я был(а) предупрежден(а) о возможном риске или осложнениях при обработке зубов, снятии оттисков, применении лекарств и анестезии. Эти осложнения: боль и деформация рельефа слизистой оболочки, отек, инфекцирование и изменение цвета. При обработке зубов с сохраненной пульпой, возможна ее травматизация, что может привести к необходимости эндодонтического лечения. Также возможны, аллергические реакции на используемые лекарства и т.д.

5. Я понимаю, что хотя предложенное ортопедическое лечение поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, оно является своего рода вмешательством в мой организм, и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов. Точная продолжительность лечения не может быть определена или может изменяться.

6. Мой врач объяснил мне, что не существует способа точно предсказать время, требующееся для реабилитации после лечения.

7. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных и лечебных мероприятий, в том числе анестезиологического пособия. Выбор препарата для местной анестезии я доверяю своему врачу, который информировал меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

8. Местная инъекционная анестезия имеет своей целью обезболить медицинские манипуляции. Местная инъекционная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (вколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьировать от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика, локализации места инъекции и индивидуальной восприимчивости организма.   
9. Последствиями отказа от данной операции могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Инъекционная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания, а также временному ощущению припухлости в этой области. По истечении времени действия анестетика, болевые ощущения могут вернуться. Возможно, для купирования болевых ощущений понадобится повторное применение анестетиков и\или обезболивающих средств, согласно рекомендациям врача.  
10. Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.   
11. Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений. Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма специального раствора и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше. Травмирование в момент введения иглы может усугубиться в связи с подвижностью пациента. Может произойти отлом иглы, что в свою очередь приведет к необходимости ее извлечения хирургическим методами. Обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.   
12. При этом я информирован(а), что в ряде конкретных случаев медицинские вмешательства без анестезии невозможны. Альтернативой является отказ от лечения или применение общего обезболивания (наркоза).  
13. Современные анестетики, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на совместимость.

14. Я понимаю суть метода, необходимость и даю согласие на применение радиовизиографии, ортопантамографических исследований и конусно-лучевой объемной томографии с целью уточнения диагноза и контроля качества лечения.

15. Я понимаю, что плохая гигиена полости рта, курение, прием алкоголя, употребление сахара (и других простых углеводов) могут повлиять на состояние слизистой оболочки полости рта, твердых тканей зубов и снижают успех лечения. Я согласен следовать инструкциям моего врача по уходу за полостью рта, скорректировать вредные привычки и рацион питания в послеоперационный период. Я согласен регулярно посещать моего врача в зависимости от его указаний.

16. Я понимаю, если не предпринимать предложенных лечебных и профилактических процедур, может случиться следующее: переломы зубов, деформация зубных рядов, атрофия костной ткани, воспалительные заболевания органов полости рта, подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления. Также возможно возникновении патологии височно-нижнечелюстного сустава, головной боли, иррадиирущей боли в шею, в область лица, утомляемости жевательных мышц, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.

17. Я понимаю необходимость постоянного лечения в одном медицинском учреждении, важность взаимодействия между стоматологом – ортопедом, другими врачами клиники. Мне понятно также, что ни стоматолог - ортопед, ни другие врачи ООО «Ника» не будут нести никакой ответственности за результаты лечения до его завершения, если я обращусь по собственной инициативе и/или без ведома вышеуказанных специалистов в другую клинику (к другим врачам). Кроме того, я понимаю важность предоставления точной информации о состоянии моего здоровья.

18. Я сообщил(а) точные данные о своем физическом и душевном здоровье. Я сообщил о всех имеющихся хронических и острых заболеваниях. Обязуюсь выполнять все рекомендации врачей, ведущих мои заболевания (диета, прием лекарственных препаратов и прочие). Я понимаю, что общее состояние организма напрямую влияет на успешный прогноз лечения. Кроме того, я сообщил о всех имеющих место аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи. Кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья.

19. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы.

20. Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, согласованному с лечащим врачом).

19. Я понимаю значение гигиены полости рта и обязуюсь выполнять все назначения.

20. Я внимательно ознакомился(лась) с положением о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ООО «Ника».

23. Я обязуюсь оплатить лечение наличными или через банк до его начала или непосредственно сразу после проведения манипуляций, в полном объёме. Сумма за использование в ходе лечения материалы, за приводимые манипуляции может превышать оговоренную сумму. Количество и объём необходимых материалов и манипуляций может определить только врач в ходе лечения.

26. Я внимательно изучил(а) и получил(а) на руки памятку с рекомендациями по уходу за ортопедическими конструкциями.

27. Я прошу предоставить и подтверждаю предоставление мне медицинских /стоматологических услуг, включающих протезирование и другие операции. Я полностью понимаю, что во время и после процедуры, операции и лечения, состояние может измениться, тогда, по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия. Я разрешаю любые изменения дизайна, формы, материалов или подхода к лечению, если они будут сделаны для моего собственного блага.

28. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

29. Я внимательно ознакомился(лась) с данным соглашением и понимаю, что последний является юридическим документом и влечет за собой правовые последствия.

Врач поставил мне следующий диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

План ортопедической реабилитации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** | **7** | **6** | **5** | **4** | **3** | **2** | **1** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ориентировочная стоимость лечения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись лечащего врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_