Информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение

г. Орел ДД.ММ.ГГГГ

Я, ФИО
получил от врача _____ интересующую меня информацию о предполагаемом ортопедическом лечении. Мне был составлен план лечения, с которым я ознакомлен и согласен.

Мне понятен план ортопедического лечения, который имеет своей целью долговременное замещение дефектов зубного ряда, улучшение функции жевания и (или) эстетическую реабилитацию. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования.

Я также ознакомлен(а) с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые, в моем случае, будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение зубов).

Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятии оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи.

Я согласен(а) на применение местной анестезии. Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.

Я даю согласие на проведение мне рентгенологического обследования во время лечения.

Я предупрежден, что 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.

Я предупрежден, что при патологии височно-нижнечелюстных суставов после протезирования могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов, а в отдельных случаях изготовление нового протеза.

Я предупрежден, что ортопедическая конструкция с течением времени потребует коррекции или замены некоторых элементов.

Я проинформирован(а), о необходимости регулярных контрольных осмотров у врача 1 раз в _____мес. Я проинформирован(а), о том, что первый контрольный осмотр является бесплатным.

Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере и возможных последствиях медицинского вмешательства, разъяснены все возможные исходы и альтернативы предложенному медицинскому вмешательству. Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них исчерпывающие ответы.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридически значимым.

Я подтверждаю свое согласие на проведение данного ортопедического лечения.

Подпись врача_____ /_____/

Подпись пациента_____ ФИО