стоматологический центр
КЛИНИКА ИН
раз и навсегда!

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение протезирования зубов и/или дентальных имплантатов

Я, _____ проинформирован врачом-стоматологом о том, что мне показано протезирование зубов, зубных рядов и/или ранее установленных мне дентальных имплантатов. Доктор разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного протезирования, а также альтернативные методы лечения и последствия, которые могут наступить при невыполнении полного объема протезирования, либо отказе от него. Помимо этого, он проинформировал о возможных рисках, симптоматике и явлениях, которые могут возникнуть в процессе протезирования зубов и/или дентальных имплантатов, а также после него.

Меня предупредили о том, что подготовка к протезированию, точное планирование этапов, эстетической и функциональной составляющей может потребовать ряда диагностических мероприятий: дентальной фотографии, рентгенографии, внутриротового сканирования, цифрового или воскового моделирования, функциональной диагностики, снятия оттисков с зубных рядов и т. д. Необходимость и объем этих диагностических мероприятий определяется доктором, мне разъяснен и понятен.

Я даю своё согласие на проведение необходимой диагностики до и на этапах протезирования, дентальной фотографии, рентгенодиагностики, внутриротового сканирования и т. д.: ☐

Со мной согласованы метод протезирования, вид протетической конструкции и материал, из которого они будут изготовлены. Я понимаю, что рекомендации по выбору протетической конструкции, метода протезирования и материала протеза учитывают мою клиническую ситуацию, поэтому любое отступление от рекомендаций стоматолога-ортопеда влечет за собой риск получения неудовлетворительного результата, неоправданного усложнения или удорожания зубного протезирования, а также несет в себе угрозу осложнений.

Я даю своё согласие на метод протезирования, протетическую конструкцию и материал зубного протеза, рекомендованные стоматологом-ортопедом для моей клинической ситуации: ☐

Любой установленный зубной протез требует последовательной адаптации и привыкания, в ходе которого могут наблюдаться следующие явления: изменение внешнего вида лица, затрудненное пережевывание пищи, изменение речевой функции, изменение вкусовых и температурных ощущений, болезненность зубов-антагонистов, травмы (прикусывание) слизистой оболочки полости рта, боли, напряжение в жевательных мышцах, боли в области височно-нижнечелюстных суставов, переломы, трещины, сколы и другие повреждения зубных протезов. Данные явления не являются осложнениями, постепенно проходят в период адаптации, а также устраняются врачом-стоматологом в ходе плановых коррекций.

Меня проинформировали о том, что период адаптации и привыкания не имеет четких временных рамок. Стоматолог-ортопед разъяснил мне необходимость периодических осмотров и наблюдения. Я понимаю необходимость своевременных коррекций уже завершенного протезирования и возможных дополнительных манипуляций сверх оговоренных ранее, если того потребует клиническая ситуация. Я уполномочиваю и прошу стоматолога-ортопеда сделать то, что он сочтет нужным для получения наилучшего результата протезирования:

Я проинформирован о периоде адаптации, об отсутствии его временных рамок, необходимости плановых коррекций и наблюдения после завершения протезирования и обязуюсь выполнять рекомендации стоматолога-ортопеда: ☐

Срок службы и качество жизни с зубными протезами, в том числе с протезами с опорой на дентальные имплантаты, зависят от ухода за полостью рта, включающего в себя ежедневную индивидуальную гигиену полости рта (в т. ч. с использованием ирригатора), регулярную профессиональную гигиену полости рта 1 раз в 6 месяцев, ежегодные профилактические осмотры стоматолога-ортопеда. При невыполнении этих рекомендаций невозможно гарантировать долгосрочный эстетический и функциональный результат зубного протезирования, и вся ответственность за повреждения, поломки зубных протезов, осложнения и ухудшение стоматологического здоровья лежит только на мне.

Я принимаю условия гарантии, обязуюсь соблюдать рекомендации стоматолога-ортопеда, поддерживать должный уровень гигиены полости рта и регулярно посещать профилактические осмотры: ☐

Со мной согласован финансовый план предстоящего протезирования и схема его оплаты. Я подтверждаю, что он должен быть полностью оплачен к моменту фиксации зубных протезов в полости рта: ☐

Данное информированное согласие является юридическим документом, является неотъемлемой частью моей медицинской карты и несет для меня правовые последствия. Я подтверждаю своё согласие на проведение мне протезирования зубов, зубных рядов и/или дентальных имплантатов

Подпись пациента: ☐ **Дата:** ☐