

Стоматологическая клиника «Мистер Президент»

Общество с ограниченной ответственностью «ТАН»

"\_\_" \_\_\_\_\_ 2023 г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р.,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_, проживающий по адресу:  
\_\_\_\_\_, даю свое согласие и уполномочиваю врача-  
стоматолога \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество) в обществе с  
ограниченной ответственностью «ТАН» проведение ортопедического лечение дефектов зубов или (и) зубных рядов  
челюстей у меня/ моему ребенку/лицу, являющемуся пациентом, чьим законным представителем я являюсь/  
(нужное \_\_\_\_\_ (фамилия, имя,  
отчество ребенка (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель, дата рождения),  
зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_, проживающего по адресу:  
\_\_\_\_\_.

**Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.**

Доктор поставил мне//моему ребенку/ лицу, интересы которого я представляю, следующий диагноз: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, и обосновал необходимость проведения ортопедического лечения. Я ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые, в настоящем случае будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа). Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения), прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Доктор понятно объяснил мне необходимость строгого следования этапам протезирования, соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье/стоматологическое здоровье моего ребенка/ лица, интересы которого я представляю, тем не менее, 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 и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличие протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у доктора и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с доктором и записанному в истории болезни).

Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал доктора \_\_\_\_\_ о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом, т.к. представления пациентов о протезировании, как правило, не совпадают с реальной действительностью. Я полагаю, что в моих интересах/интересах моего ребенка/лица, интересы которого я представляю начать предложенное мне протезирование. Мне были объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные варианты. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны

здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня и ООО «ТАН» правовые последствия.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись пациента/законного представителя пациента: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_

