

Информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение

Я, Иванов Иван Иванович, 0 г. рождения.
Паспорт серия и номер: 0000 000000.
Выданный: 0.
Проживающий(ая) по адресу: .

| | |
|--|--|
| Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних граждан и лиц, признанных недееспособными: | |
| Законный представитель(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) | _____ |
| документ удостоверяющий личность : | _____ |
| несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным: | _____ |
| | Ф.И.О несовершеннолетнего или недееспособного гражданина (подпись), дата заполнения |

Проинформирован(а) и мне предоставлена вся интересующая информация о предполагаемом лечении.

Я понимаю, что протезирование - это заключительный этап ортопедического 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-нижечелюстных суставов, ряд хирургических (коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, уздечек и др.) и парадонтологических вмешательств.

Я согласен(а) с предложенным мне лечащим врачом планом лечения. Я проинформирован(а), что в период проведения манипуляций в полости рта: анестезии, обработки зубов, снятия оттисков, корректировке прикуса, возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов 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 хирургического вмешательства могут увеличиваться сроки изготовления протезов. При наличии патологии височно-нижечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломки 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.

Пациент: _____
(Дата) (Подпись) (ФИО)

Врач: _____
(Дата) (Подпись) (ФИО)