

## 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 гражданах и лицах, 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

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, сошлифование зубов, коррекция прикуса, устранение парофункции мышц, лечение височно-нижечелюстных суставов, ряд хирургических (коррекция альвеолярного гребня, пластика тяжей, удечек и др.) и пародонтологических 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, снятии 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 вмешательств 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, поломок 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) \_\_\_\_\_