

Информированное добровольное согласие
на восстановительное ортопедическое лечение
(вкладки, накладки, виниры, люминиры)

01.01.2020

Г. Электросталь

Я, _____ Клиент Клиент Клиент

настоящим подтверждаю что, в соответствии со статьями 20, 21, 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня заболевания (нужное отметить):

K01 Ретенированные и импактные зубы

K02 Кариес зубов

K03 Другие болезни твердых тканей зубов

K07 Челюстно-лицевые аномалии (включая аномалии прикуса)

Я информирован(а) врачом о том, что восстановительное ортопедическое лечение своей целью имеет реставрацию зуба путем изготовления зубного протеза, обеспечивающего восстановление анатомической формы зуба с учетом его цвета и оттенков, а также адекватное распределение нагрузки за счет восстановления контактов с зубами-антагонистами. Таковыми протезами являются:

- инлей-микропротез, располагающийся внутри твердых тканей коронки зуба;
- онлей-микропротез, располагающийся внутри, в глубине тканей, но при этом имеется окклюзионная накладка, защищающая стенки зуба от переломов при действии прямой нагрузки;
- оверлей-микропротез, охватывающий 4 из 5 свободных стенок зуба;
- пинлей-микропротез, укрепленный в зубе с помощью макро или микро штифтов;
- винир, люминир-микропротез, покрывающий вестибулярную поверхность фронтальных зубов.

Мне врачом объяснено и понятно, что:

- керамические накладки виниры представляют собой тонкую, обычно керамическую пластинку, плотно фиксированную на поверхности зуба. Для их изготовления с поверхности зуба снимается тонкий слой, после чего делается слепок подготовленного зуба, и в лаборатории изготавливается соответствующая керамическая накладка. Винир крепится на зубе с помощью специального стоматологического затвердевающего вещества. Обладая естественным видом, виниры изготавливаются индивидуально для каждого пациента. В зависимости от цели установки различают следующие типы виниров: эстетические (восстанавливающие форму зуба или зубного ряда), и виниры для коррекции дефекта цвета зуба и др. Основное преимущество, которым обладают виниры это то, что зуб остается живым и живет гораздо дольше, чем под коронкой;
- люминиры-это высокопрочные керамические пластинки толщиной не более 0,3 мм. Они не требуют никакого препарирования зуба и, так же как и другие накладки, закрепляются на зубе с помощью специального затвердевающего состава;
- для обозначения микропротезов инлей, онлей, оверлей, пинлей чаще всего используется понятие вкладка. Это ортопедическая конструкция, изготавливаемая в зуботехнической лаборатории и фиксируемая в препарированной полости зуба специальным затвердевающим веществом, обеспечивающая восстановление коронковой (наддесневой) части зуба. В зависимости от целеполагания вкладки бывают:
 - металлическая культевая вкладка—штифтовая конструкция, которая фиксируется в канале зуба. Разборные конструкции используются для восстановления зубов с двумя и более корнями. Культевая вкладка изготавливается из кобальто-хромового сплава, серебряно-палладиевого сплава, сплавов золота, сплавов титана и служит основой для будущей коронки;
 - неметаллическая вкладка, которая может быть изготовлена следующими способами:
 - ручное изготовление методом наслоения керамики или композита;
 - прессованием керамики из готовых форм-таблеток, предлагаемых производителем (Empress 1, Empress 2, e.Max press). На модели происходит восковое моделирование будущей вкладки, затем воск выплавляется, и под давлением тот объем, который занимал воск, занимает разогретая керамика. После остывания вкладки следует этап нанесения специальных керамических красителей;
 - цифровым сканированием CAD и фрезерованием CAM вкладки. Сканируется зуб на гипсовой модели или в полости рта. Затем с помощью специальной программы происходит построение границ будущей реставрации, или сканируется восковая модель вкладки. Вся полученная информация передается на цифровой фрезер, который в 4 или 5 плоскостях одновременно проводит фрезеровку изделия. Заготовки для изготовления изделий по этому методу чаще одноцветные, поэтому для придания естественности вкладке требуется корректирующее окрашивание перед финишным обжигом.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о том, что последствиями отказа от протезирования коронковой (видимой) части зуба могут быть: перелом зуба; прогрессирование зубоальвеолярных деформаций; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функции речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата зубов остаточного прикуса; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатология.

Я информирован(а) врачом о том, что альтернативными методами лечения являются: восстановление разрушенного зуба пломбами (с укрепляющими штифтами и без), коронками; удаление зуба или отсутствие лечения вообще.

Я был(а) предупрежден(а) врачом о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства: индивидуальная аллергическая реакция; непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов; онемение языка, губ; чувство жжения; болезненность; дискомфорт; нарушение функций глотания, жевания и речи; изменение внешнего вида лица и улыбки; фонетики; постепенное ослабление фиксации протезов и их деформация, перелом, трещины или скол облицовочного материала; повышенная чувствительность зубов после их шлифовки. При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде: затрудненной адаптации к протезам; чувства тошноты; нарушений функций речи, жевания, глотания; поломок протезов.

Я предупрежден(а) и согласен(на) с тем, что объем манипуляций в ходе процедуры может варьироваться, а окончательный выбор объема корректируется во время проведения процедуры врачом. В случае необходимости корректировки процедуры или проведения другой процедуры я доверяю врачу принять соответствующее решение и выполнить любые медицинские действия, которые он сочтет необходимыми. В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. В случае возникновения неотложных ситуаций, даю согласие на госпитализацию.

Мне разъяснено, что симптомами осложнений после лечения являются болевые ощущения в области вмешательства, и что при появлении болевых ощущений после завершения лечения или любого из его этапов мне необходимо обратиться в клинику ООО «Дюна» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений. При отсутствии осложнений посещение врача осуществляется планово.

Я добросовестно поставил(а) в известность и ответил(а) на все вопросы врача обо всех проблемах своего здоровья, в том числе о(б): аллергии; индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов; перенесенных и известных травмах, операциях, заболеваниях; принимаемых лекарственных средствах; об экологических, производственных факторах физической, химической, биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности. Я подтверждаю, что в анкете назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния.

Я сообщил(а) правдивые сведения о себе, а именно: о наследственности; об употреблении алкоголя, наркотических, токсических средств. Я понимаю, что выполнение процедуры при существующих противопоказаниях к ней могут спровоцировать нежелательные побочные эффекты.

Я утверждаю, что противопоказаний, о которых меня информировал врач, у меня нет. При наличии у меня противопоказаний и не уведомлении о них врача в случае возникновения побочных эффектов процедуры я отвечаю за все последствия без претензий к врачу и Исполнителю.

Я подтверждаю, что в доступной форме уведомлен(а) и в полной мере проинформирован(а) врачом о(об):

- осуществляемой Исполнителем медицинской деятельности;

- режиме работы Исполнителя;
- видах, качестве, условиях предоставления медицинской помощи;
- уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- альтернативных методах лечения;
- возможной необходимости выполнения других медицинских вмешательств, процедур, исследований, мероприятий;
- показаниях, противопоказаниях, возможных побочных реакциях, осложнениях, возможном риске, последствиях, результатах;
- необходимости соблюдения режима при проведении процедуры, регулярном применении назначенных препаратов;
- необходимости немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, незамедлительной явке на осмотр в случае возникновения осложнения, обязанности информирования врача о состоянии здоровья;
- согласовании с врачом приема новых препаратов перед их применением;
- риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов;
- о возможном отличии результатов процедуры от ожидаемых, о невозможности гарантировать врачом только положительных результатов процедуры и с этим соглашаюсь;
- качественном выполнении врачом соответствующей квалификации клинических, диагностических, технологических этапов проведения процедуры, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Я подтверждаю, что:

- текст мною прочитан, полученные объяснения врача меня полностью удовлетворяют, понятно содержание и назначение данного документа, понятен смысл всех терминов;
- все данные, полученные от меня, записаны верно;
- особенностях процедуры, методе её оказания, этапах её выполнения;
- рекомендации после проведения процедуры предоставлены в полном объеме;
- понимаю, что несоблюдение указанных рекомендаций, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой процедуры, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье;
- понимаю, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений;
- имел(а) возможность задать врачу все интересующие вопросы, и врачом даны исчерпывающие ответы на все заданные вопросы;
- данное согласие является подтверждением обсуждения мною с врачом вышеупомянутой процедуры;
- согласен(на) с тем, что назначение врачом вышеуказанной процедуры носит лишь рекомендательный характер;
- согласен(на) на фото видео документирование процедуры и понимаю, что эти фото и видео документы станут собственностью Исполнителя, и могут быть использованы для научных, учебных целях, но не будет нарушать конституционных прав на неприкосновенность частной жизни и конфиденциальность;
- в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 года №390 даю согласие на проведение при необходимости следующих манипуляций и вмешательств: опрос (в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза), осмотр, исследования, термометрию, измерение артериального давления, введение лекарственных препаратов, назначение лечебно-оздоровительного режима;
- согласен(на) с тем, что в случае своего обращения в стороннее медицинское учреждение (исключая экстренные и неотложные состояния по жизненным показаниям) в период проведения процедуры (курса процедур), без согласования с врачом, для продолжения лечения или устранения допустимых реакций и осложнений организма на процедуру, исключается виновное пренебрежение моими и представляемого законными интересами со стороны врача и Исполнителя, и, как следствие, врач и Исполнитель не принимают на себя ответственности за проведение стороннего альтернативного вмешательства, результат вмешательства и невозможность завершения начатой процедуры.
- понимаю, что при отказе от лечения неизбежно прогрессирование заболевания с развитием соответствующих осложнений;

Я разрешаю в случае необходимости, в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона №323-ФЗ, предоставить информацию о своем (представляемого) диагнозе, степени тяжести, характере заболевания гражданам:

(указать Ф.И.О., год рождения, контактная информация, по желанию – степень родства)

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

На основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом ООО «Дюна».

Беседу провёл врач _____ (подпись)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства _____ (подпись) (Клиент К.К.)

Пациент отказался от проведения медицинского вмешательства _____ (подпись) (Клиент К.К.)