

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на зубное протезирование в детском возрасте**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента, либо его законного представителя)

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное информированное согласие на предложенное мне либо лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство: **ортопедическое лечение (зубное протезирование) по поводу диагноза:** \_\_\_\_\_

*(наименование и код по МКБ-10, номера зуба(ов) согласно международной системе ISO 3950)*

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствиях, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Настоящим даю согласие на проведение зубного протезирования наиболее рациональным в моей клинической ситуации методом(ами) (далее указать номера зуба(ов) согласно международной системе ISO 3950 и подчеркнуть/указать нужное):

- одиночные коронки на зубы (металлические штампованные/терапевтические композитные /пластмассовые временные коронки) \_\_\_\_\_;
- частичные съемные пластиночные протезы \_\_\_\_\_;
- полные съемные пластиночные протезы \_\_\_\_\_;
- полные съемные пластиночные протезы с фиксацией на миниимплантатах \_\_\_\_\_;

Я информирован(а), что результатом протезирования является установка искусственных коронок вместо разрушенных или утраченных тканей коронковой части зуба для нормализации функционального и эстетического состояния зубочелюстной системы, и что протезы не могут быть идентичны собственным зубам и тканям.

Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения – восстановление зубов пломбами, отсутствие лечения как такового.

Я информирован(а) о том, что этот вид лечения включает в себя по меньшей мере следующие этапы:

- консультативно-диагностический этап;
- этап обработки зубов (одонтопрепарирование) под конструкции;
- этап фиксации конструкции и коррекции по прикусу;
- диспансеризация (динамическое наблюдение, профессиональная гигиена полости рта) с периодичностью 1 раз в 3-6 месяцев, которая определяется индивидуально и зависит от состояния тканей зубов и уровня индивидуальной гигиены полости рта.

Я информирован(а) о том, что последствиями отказа от предложенного оптимального вида лечения могут быть:

- перелом зуба после проведенного эндодонтического лечения;
- развитие вторичных деформаций зубных рядов, нарушение прикуса;
- снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи.

Выбирая конструкцию для протезирования, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и функциональные конструктивные особенности использования:

- необходимость проведения индивидуальной гигиены полости рта в связи с ретенцией пищи;
- наличие видимых металлических элементов конструкции;
- изменение чувствительности слизистой оболочки полости рта из-за перекрывания частями протеза;
- необходимость применения гелей для лучшей фиксации съемных протезов;
- затрудненное привыкание (адаптация) к качественно изготовленным зубным протезам вследствие сопутствующих заболеваний и индивидуальных психофизиологических особенностей организма (появление тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания).

Перечисленные особенности качественно изготовленных искусственных конструкций не являются основанием для предъявления претензий к качеству оказанной медицинской услуги и не подпадают под гарантийный случай.

Я информирован(а) и понимаю, что в случае протезирования у детей речь идет о временном протезировании, которое подлежит замене по мере роста ребенка и развития его зубочелюстной системы, а также обязательной замене на постоянные ортопедические конструкции после окончания скелетного роста. Окончание скелетного роста определяется индивидуально по рентгенограмме шейных позвонков в боковой проекции или сравнении линейных параметров на теле-

рентгенограмме головы в боковой проекции. Временное протезирование направлено на поддержание функций зубочелюстной системы и поддержание правильной формы и размера зубных рядов и не предусматривает протезирование с целью достижения эстетических результатов.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к медицинской помощи.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой соответствующие 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.

Дополнительная информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи (если есть):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

(подпись)

(Ф.И.О. Пациента или законного представителя Пациента)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)