

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:
НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Я, _____
Ф.И.О. взрослого пациента

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан.

Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____, являясь законным представителем
(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в **ООО «Кораллдент»** (ОГРН 1183025003776), далее именуемое – «**Исполнитель**», и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **на проведение ортопедического лечения**, направленного на восстановление целостности зубов и зубных рядов, нарушенных по тем, или иным причинам.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен(а) о последствиях отказа от протезирования, об альтернативных методах протезирования и обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти в процессе изготовления протезов и во время их эксплуатации.

Я знаю, что в качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые или качественно подготовленные (пролеченные) зубы и ткани пародонта, а также знаю о необходимости рентгенологического исследования.

Я понимаю, что в случаях, когда в качестве опоры протеза используется зуб с недопломбированными корневыми каналами, с очагами деструкции в области верхушки, с заболеванием пародонта и другими отклонениями от стандарта (которые не удалось устранить в процессе лечения) возрастает риск обострения заболевания зуба и ухудшения его состояния, что может привести к удалению зуба и зубного протеза.

Врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, соблюдать сроки и последовательность их проведения.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приёме лекарственных средств. Я проинформировал(а) доктора о всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время, предупрежден(а) о возможности возникновения аллергии на некоторые стоматологические материалы, применяемые для изготовления зубных протезов (металлы, пластмассы, оттисковые массы и др.).

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.

Я понимаю, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает и это приводит к их разрушению.

Я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами, а также обязуюсь приходить на контрольные осмотры в соответствии с установленным планом лечения.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях, возникающих во время эксплуатации протезов (особенно при увеличении нагрузки), в т. ч. возникновение переломов протезов, отколов облицовочного материала, изменение цвета, стирание зубов – антагонистов, возникновение участков повышенной окклюзии, обострение хронических процессов в опорных зубах и др.

Я согласен(на), что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным результатом и понимаю, что при сроке гарантии на протезы 1 год, никто не может гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих в стоматологической клинике ООО «Кораллдент» и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязываюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь права на гарантию.

Я доверяю врачу – стоматологу клиники ООО «Кораллдент» и согласен(на) провести ортопедическое лечение (протезирование). Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я ознакомился(ась) с данным приложением и понимаю, что несоблюдение влечет для меня правовые последствия.

Пациент/Законный представитель пациента:

Подпись: _____ / _____ /

Врач:

Подпись: _____ / _____ /

Дата: {ДатаПолная}