

Информированное добровольное согласие пациента об услуге по ортопедическому лечению в стоматологической клинике «ПлоМбир»

Я, пациент(ка) стоматологической клиники «ПлоМбир» и мне известно, что медицинская деятельность отнесена к категории опасных, что может быть связано как с состоянием организма пациента, так и с лекарственными препаратами, индивидуальная переносимость которых не регламентирована какими-либо документами.

Мне известно, что мой лечащий врач работает по технологиям, утвержденным Министерством Здравоохранения РФ, и гарантирует четкое выполнение этих технологий.

Мне разъяснено, что перед проведением протезирования, я обязан пройти гигиеническую подготовку и санацию полости рта, рентгеновское обследование. Я обязан пройти клиническое обследование и выполнить все необходимые дополнительные обследования, которые могут потребоваться в процессе лечения.

Врач обосновал необходимость проведения ортопедического лечения. Я ознакомлен (-а) с наиболее рациональным планом протезирования и проведения подготовительных мероприятий. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного аппарата).

Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается обратному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии (убыли) десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов.

Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания иволютивных процессов, и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции или переделки протеза. Я знаю, что гарантийный срок и срок службы протеза составляет 12 месяцев. Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, а также соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза. Я осознаю и согласен с тем, что изготовленные зубные протезы не могут точно повторять анатомическую форму и положение в зубном ряду удаленных ранее зубов, т.к. произошедшие анатомические изменения в альвеолярном отростке не позволяют достичь желаемого результата. Я признаю, что это не следует рассматривать как вред, а врач оказал медицинскую услугу, как меру реализованной возможности в данных обстоятельствах.

Я понимаю, что привыкание к зубным протезам происходит постепенно. После протезирования наступает период адаптации, который длится от одной недели до полугода в зависимости от конструкции протеза. Протезом нужно пользоваться аккуратно и бережно.

Я понимаю необходимость соблюдения тщательной гигиены полости рта, регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, установленному для меня) и выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами.

Я осведомлен (-а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал (-а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. Я понимаю, что данное лечение может вызвать аллергическую реакцию (индивидуальную непереносимость) на лекарство, стоматологический материал и материалы, из которых изготовлен протез.

Данная реакция не является следствием врачебной ошибки или некачественной работы. Деньги за лечение и протезирование не возвращаются. Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Мне были объяснены все возможные исходы протезирования, а также альтернативные варианты. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Я ознакомлен и получил доступную информацию, касающуюся особенностей данной медицинской услуги и условий ее получения.

Я внимательно ознакомился (-ась) с данным Дополнением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я информирован (-а) о том, что при невостребованности пациентом ортопедической конструкции сроком свыше 3 месяцев Клиника не несет ответственности за качество протеза (соответствие его протезному ложу через данный промежуток времени) и их сохранность. Данный протез будет переделываться за счет средств пациента.

Претензий к конструкции, ее форме и цвету только пред фиксации на постоянный цемент. Срок гарантии на протез при условии прохождения проведения комплекса профессиональной гигиены полости рта два раза в год.