

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

(шинирование зубов)

Данное информированное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства № 736 от 11.05.2023.

Я _____

(Ф.И.О. полностью)

Данный раздел заполняется при оказании услуг лицам, не достигшим 15-ти лет:

являясь законным представителем (указать Ф.И.О. ребенка):

_____ дата рождения ребенка _____

при оказании мне (представляемому) стоматологических услуг в ООО «Терапия Красоты+» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство – шинирование зубов.

Шинирование зубов — это объединение нескольких зубов в единую систему для ограничения их подвижности.

Альтернативные варианты: отказ от медицинского вмешательства; постоянное шинирующее протезирование съемными или несъемными ортопедическими конструкциями.

Я подтверждаю, что врач проинформировал меня о планируемом медицинском вмешательстве и его методе: соединение зубов проводят различными материалами в зависимости от клинической ситуации (композитными материалами, леской, армирующими лентами, шнурами, металлическими дугами). Выбор шинирующей конструкции, метод шинирования, используемые материалы, продолжительность лечения, необходимость коррекции определяются лечащим врачом индивидуально по медицинским показаниям. Лечение включает в себя также коррекцию и динамическое наблюдение лечащим врачом.

Цель медицинского вмешательства: снижение повреждающего воздействия жевательной нагрузки на зубы с ослабленным периодонтом, нормализация функциональной нагрузки на пародонт.

Основными последствиями отказа от медицинского вмешательства могут быть: прогрессирование заболевания, усиление подвижности зубов, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба(ов), системные проявления заболевания; возможно прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функций речи, развитие заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.

Я осознаю и мне разъяснено, что во время медицинского вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. Я согласен (согласна) на то, что вид и тактика медицинского вмешательства может быть изменена врачом по его усмотрению с целью обеспечения максимальной защиты организма во время медицинского вмешательства.

Возможные риски и осложнения: болевые ощущения, дискомфорт, чувство распирания; отек (припухлость), повреждение десны и мягких тканей, обострение симптомов болезней пародонта; травмирование зуба(ов); изменение дикции; индивидуальные аллергические реакции на материалы и компоненты; скол, перелом, деформация, нарушение фиксации шинирующей конструкции, что может потребовать ее реставрации или по-

вторной установки; возможно окрашивание пломбировочного материала в результате курения или потребления пищевых продуктов и напитков, содержащих красящие вещества (чай, кофе, красное вино). Я уведомлен(а), что в некоторых случаях шинирование может препятствовать развитию челюстей в подростковом возрасте, в связи с чем требуется динамическое наблюдение врачом-ортодонтом. Я понимаю, что шинирующая конструкция — это инородное тело в полости рта и требует привыкания.

Я проинформирован(а), что во время лечения необходимо строго соблюдать план лечения, график посещения лечащего врача, а также регулярно проводить профессиональную гигиену полости рта по графику, рекомендованному лечащим врачом, но не реже 4-х раз в год. При несоблюдении рекомендаций по гигиене полости рта возможны осложнения: деминерализация эмали, появления пятен на зубах, кариес зубов, гингивит (воспаление десны). Я соглашаюсь с тем, что если при контроле гигиены полости рта (по индексам гигиены), лечащий врач определит неудовлетворительное состояние гигиены полости рта, то на любом этапе лечения из-за высокого риска возникновения осложнений, мне будет рекомендовано снятие шинирующей конструкции, при этом деньги за оказанные услуги не возвращаются.

Предполагаемые результаты: предотвращение смещения зубов, стабилизация подвижных зубов, уменьшение функциональной перегрузки зубов, альвеолярных деформаций. Гарантировать результат лечения невозможно, он зависит от индивидуальных условий работы зубочелюстного аппарата, степени тяжести и сроков патологического процесса в пародонте, поэтому ни медицинская организация, ни врач не могут гарантировать какой-либо определенный результат в силу особенностей протекания биологических процессов в организме.

Я проинформирован(а) о правилах ношения, гигиеническом уходе за шинирующей конструкцией. Я понимаю, что при несоблюдении рекомендаций возможны поломки. Замена или починка шинирующей конструкции производится по действующему прейскуранту. Я уведомлен(а), что шинирующая конструкция является временной конструкцией и не имеет гарантийных сроков и сроков службы.

Я проинформировал(а) врача обо всех сведениях, которые могут каким-либо образом повлиять на процесс и результат лечения, в т.ч. о наличии заболеваний (в т.ч. перенесенных), лечении в других медицинских организациях, противопоказаниях к применению каких-либо лекарств или процедур, обо всех случаях аллергии на лекарственные препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль в прошлом и настоящее время, сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических, токсических и психотропных средств. Я обязуюсь незамедлительно сообщать врачу обо всех изменениях моего (представляемого) здоровья.

Я подтверждаю, что врачом мне предоставлена полная и исчерпывающая информация, необходимая для осознанного выбора шинирования зубов, я имел(а) возможность полностью обсудить с врачом предстоящее медицинское вмешательство.

Также я информирован(а) о возможности получения бесплатно медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) в других медицинских организациях. Я информирован(а), что ООО «Терапия красоты+» НЕ участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мною прочитаны, разъяснены мне медицинским работником и понятны.

Я добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство – шинирование зубов на описанных выше условиях и обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Я уведомлен(а) о том, что для шинирования зубов может потребоваться несколько посещений в зависимости от клинического случая. Я согласен (согласна), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем информированном добровольном согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной. Получения от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача во время прохождения лечения не требуется.

Согласен (согласна) на шинирование зубов:

Пациент

**(законный
представитель):**

(Фамилия, инициалы пациента/законного представителя)

(подпись)

Врач:

(Фамилия, инициалы врача)

(подпись)

Дата оформления: