Приложение к договору №____ от _____ на оказание платных медицинских услуг.

ООО «Стоматология «Айболит»

ООО «Стоматология «Айболит» строго руководствуется Основами законодательства об охране здоровья, Законом о защите прав потребителей, Современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира. Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ (протезирования)

Я, гр. _____ , (Ф.И.О. Пациента)
Я, гр. _____ , (Ф.И.О .Заказчика)

в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011г. « Об основах охраны здоровья граждан в РФ» согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован(а) о состоянии моего здоровья, а именно о нижеследующем:

Ортопедическое лечение – это комплекс мероприятий, направленных на нормализацию функционального и эстетического состояния зубочелюстного аппарата, что достигается путем замещения недостающих зубов ортопедическими конструкциями различного типа сложности. Целью ортопедического лечения является восстановление анатомической целостности зубных рядов путем изготовления зубного протеза, обеспечивающего восстановление анатомической формы зуба с учетом его цвета и оттенков, а так же адекватное распределение нагрузки за счет восстановления контактов с зубами-антагонистами.

Врач понятно объяснил мне, что ортопедическое лечение проводится поэтапно, поэтому важно строгое соблюдение сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу.

ЛЕЧЕНИЕ СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ЭТАПОВ:

- **Диагностический:** осмотр, снятие слепков и изготовление диагностических моделей, рентгенографическое исследование, выбор конструкции протеза, составление плана лечения.
- **Подготовительный:** санация полости рта, терапевтическая подготовка зубов (подготовка каналов под штифтовкладки, депульпирование зубов при необходимости, ортодонтическое лечение, хирургическая подготовка).
- **Основной** (лечебный): обработка опорных зубов, снятие слепков, изготовление ортопедических конструкций, коррекция протезов. В данном случае, с учетом всех имеющихся данных.

  Пациенту показано:

  -культевые вкладки на зубы №……
  -одиночные коронки или мостовидные протезы с опорой на зубы .....……
  -коронки с опорой на имплантаты в области……...……...
  -съёмные протезы…….....
  _____
- **Этап наблюдения:** профилактические осмотры ортопедических конструкций, коррекция и починки протезов.

Коронка стоматологическая - ортопедическая конструкция, покрывающая коронковую часть зуба или имплантата. Используется для восстановления дефектов зубов, которые не подлежат менее инвазивному лечению (пломба, вкладка), для изменения формы, положения (ротация, дистопия) и цвета зубов, а так же для покрытия коронковой части зубного имплантата.

Мостовидный протез - это разновидность несъемных стоматологических протезов, применяется для замещения включенных дефектов зубных рядов. Он применяется в случаях, когда разрушено несколько идущих подряд зубов, поэтому такой протез может крепиться на отстоящие друг от друга здоровые зубы или зубные имплантаты.

Мне разъяснено и понятно, что изготовление зубных коронок и мостовидных протезов включает в себя подготовку зуба, ретракцию десны, снятие слепка, лабораторный этап и их фиксацию в полости рта. Зубные коронки и мостовидные протезы могут изготавливаться из **различных материалов:**

1. Металлические: сплавы золота, нержавеющая сталь, титановые сплавы, кобальтохромовые сплавы (КХС), серебрянопалладиевые сплавы (СПС) и платино – палладиевые сплавы.
2. Неметаллические: керамические и пластмассовые.
3. Комбинированные (облицованные): металлокерамические и металлопластмассовые.

и по различным технологиям, но **этапность** данного вида протезирования почти всегда одинакова и выглядит следующим образом:

1. Врач делает оттиски для изготовления временных пластмассовых конструкций (они предназначены для создания временного эстетичного эффекта, для предотвращения разрастания десны, для предотвращения микроперемещения зубов, для сохранения окклюзионных контактов между зубными рядами, для комфорта пациента).
2. Врач обтачивает зубы по методике, соответствующей выбранной конструкции (виду коронки). Делает оттиск. Определяет правильное соотношение верхних и нижних зубов. Фиксирует временные коронки на временный цемент.
3. Оттиски или отлитые модели отправляются в зуботехническую лабораторию, где за несколько лабораторных этапов, чередующихся с примерками в кресле врача стоматолога-ортопеда, изготавливается готовая работа.
4. Изготовленные коронки и мосты припасовываются в полости рта, выверяется правильный и удобный для пациента контакт верхних и нижних зубов

5. Иногда готовые коронки и мосты фиксируются в полости рта на временный цемент (для привыкания пациента).
6. Коронки фиксируются на постоянный цемент.

При протезировании на имплантатах добавляются несколько предварительных этапов:

1. Установка трансфера в зубной имплантат и снятие оттиска.
2. Трансфер извлекается из полости рта и вкручивается в аналог имплантата, который в свою очередь устанавливается в оттиск и вся конструкция вместе с заранее приобретенным абатментом (наружняя часть имплантата) отправляется в зуботехническую лабораторию.
3. В зуботехнической лаборатории, за несколько лабораторных этапов, чередующихся с примерками в кресле врача стоматолога-ортопеда, изготавливается готовая работа.

4. Готовая работа может иметь как цементную так и винтовую фиксацию. Отверстия над винтами, в этом случае, могут (должны) быть запломбированы (закрыты реставрационным материалом)

Мне разъяснено и понятно, что для предотвращения заболеваний пародонта, височно-нижнечелюстного сустава, сколов керамики, переломов протеза и многих других осложнений необходимо особо точное определение правильного контакта зубов-антагонистов при всех движениях нижней челюсти. Для этого бывает необходима ВЗАИМНАЯ пришлифовка верхних и нижних зубов, как своих так и искусственных. В случае сильных зубочелюстных деформаций возможна настолько сильная при шлифовка зубов-антагонистов, что это может быть показанием к депульпированию этих зубов и покрытию их коронками.

Ортопедическое лечение условно съёмными, съёмными и комбинированными протезами конструкциями - это медицинское вмешательство, которое своей целью имеет восстановление анатомической целостности зубных рядов путем изготовления зубного протеза, обеспечивающего восстановление анатомической формы зубов с учетом его цвета и оттенков, а так же адекватное распределение нагрузки за счет восстановления контактов с зубами-антагонистами. Такими зубными протезами обычно замещается значительный дефект зубного ряда, когда на челюсти отсутствует большая часть или все зубы. Однако в некоторых случаях съемные протезы изготавливают для небольших дефектов зубного ряда. Протезы данной категории бывают:

1. *Пластиночные съёмные протезы* (частичные и полные)- представляют собой пластмассовое основание (базис) с закрепленными в нем зубными коронками. Базис изготавливается из акриловых пластмасс. В стоматологической деятельности применяются также съемные протезы из нейлона**,** полиуретана, силикона и т.п. По способу фиксации, их можно поделить на: протезы с функциональной присасываемостью (протезы на присосках), протезы на кламмерах (на крючках).
2. *Бюгельные протезы* (с замковым, кламерным или телескопическим креплением) - представляют собой металлическую дугу (в переводе с немецкого «бюгель» как раз и означает «дуга»), на которой закреплены пластмассовое десневое основание и зубные коронки.
3. *Условно-съемные протезы*, как правило, используются при потере одного жевательного зуба. Такой протез может закрепляться на соседних опорных зубах с помощью металлических лапок. Опорные элементы такого протеза могут приклеиваться к зубу или фиксироваться с помощью светоотверждаемых цементов. Такой протез пациенту снимать не нужно, поэтому он и называется условно-съемным. Для осуществления условно-съемного протезирования также используют разборные конструкции имплантатов. Данный вид протезирования показан в случаях, когда протез опирается только на имплантаты. Условно-съемные протезы могут быть: металлокерамическими или металлоакриловыми, с десневой маской или без нее и крепятся к имплантатам специальными винтами. **При этом необходимо периодическое (не реже, чем 1 раз в 3 месяца) снятие всей конструкции для проведения плановых гигиенических процедур.**
4. *Комбинированные протезы* - представляет собой протез, состоящий из элементов частей съёмного и несъёмного протезирования. К таковым относятся съемные пластиночные протезы, прикрепляемые к имплантатам с помощью замковых креплений, специальных балок и тд.

Изготовление условно съёмных, съёмных и комбинированных протезов включает в себя подготовку, ретракцию десны, снятие слепка, лабораторный этап и их фиксацию в полости рта. Этапность данного вида протезирования почти всегда одинакова и выглядит следующим образом:

1.Врач делает оттиски и передает их в лабораторию для изготовления индивидуальных ложек.

2.Врач делает функциональный оттиск с использованием индивидуальной ложки, определяет правильное соотношение будущих верхних и нижних зубов. Оттиски или отлитые модели отправляются в зуботехническую лабораторию, где за несколько лабораторных этапов, чередующихся с примерками в кресле врача стоматолога-ортопеда, изготавливается готовая работа.

3.Изготовленные протезы припасовываются в полости рта, выверяется правильный и удобный для пациента контакт верхних и нижних зубов.

Я информирован(а), что практически все вышеуказанные виды протезов нуждаются в дополнительной коррекции после их наложения. Обычно для таких коррекций требуется не менее 3-4 посещений. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование, является своего рода вмешательством в биологичекий организм и как любое медицинское вмешательство не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования. Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому, через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и которые у каждого человека строго

индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза. Съемные протезы являются инородным телом в полости рта, привыкание к которому требует терпения и времени.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом протезирования. Меня также знаком меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества или с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае будут иметь протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа, рецидивы деструктивных процессов в зубах и тканях челюсти).

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства (протезирования съемными протезами): 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, их деформация, перелом, трещины или скол облицовочного материала. Также возможна повышенная чувствительность зубов после их пришлифовки, а иногда и изменения вкусовых и температурных ощущений.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.

Последствиями отказа от протезирования могут быть: : прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости, перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата оставшихся зубов, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, 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, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки ортопедической конструкции.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств. **Я проинформировал(а**) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также обо всех моих заболеваниях, случавшихся у меня в течение ближайших двух лет и имеющихся в настоящее время. **Я согласен(а)** на применение анестезии и соответствующих анестетиков за исключением_____(указать какие, либо: без исключений). Понимая сущность предложенного протезирования и уникальность собственного организма, **я согласен(а)** с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата с действительным результатом, т.к. представления пациентов о протезировании, как правило, не совпадают с реальной действительностью.

Я ознакомлен с обязанностями пациента:

- Пройти диагностическое обследование, назначенное врачом ортопедом.
- Ознакомиться с планом ортопедического лечения, его сроками и стоимостью. Для начала лечения требуется письменное согласие пациента или его родителей.
- Провести санацию полости рта, подготовку опорных зубов.
- Провести оговоренные хирургические манипуляции.
- Являться на прием в назначенное время.
- Строго соблюдать все рекомендации и предписания врача.
- После окончания ортопедического лечения выполнять все рекомендации врача по соблюдению тщательной гигиены полости рта и являться на профилактические осмотры.
  Я даю разрешение делать инъекции, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, протезирования, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

Я разрешаю использовать публично фотографии моих зубов и полости рта на условиях анонимности без указания моего имени и фамилии.

Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого врача или ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я понимаю, что я ответственен за оплату услуг, оказанных мне в клинике в соответствии с прейскурантом. Я внимательно ознакомился с прейскурантом клиники и согласен оплачивать все оказанные мне стоматологические услуги.

Меня уведомили, что клиника и ее персонал не несет ответственности за качество предоставляемых услуг в следующих случаях:

1. Предоставление услуг по требованию пациента, расходящихся с предложенным врачом планом протезирования, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.

2 Возникновение аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее.

3 Осложнения, возникающие по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций.

4.Переделка и коррекция работ в другом лечебном заведении.

5. Ремонт, порча и коррекция работы самим пациентом.

6.Истечение срока гарантии на оказанные услуги. С гарантийным сроком я ознакомлен._____

7.Неудовлетворительное состояние гигиены полости рта.

8. Осложнения, возникшие в зубах, лечение которых проводилось в других клиниках.

Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных в объеме и способами, указанными в п.1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных» для целей оказания мне медицинских услуг.

Я удостоверяю, что мне (моему представителю) не был поставлен диагноз «наркомания» по результатам медицинского освидетельствования в соответствии с Федеральным законом от 08.01.1998 №3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Я удостоверяю, что не признан судом не дееспособным, вследствие психического расстройства и надо мной не установлена опека, равно как и я не ограничен судом в дееспособности вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и надо мной не установлено попечительство.

Я, проинформирован(на) о том, что такие согласия на конкретные медицинские вмешательства в ходе моего (представляемого) лечения подписываются однократно, как комплексное ознакомление меня(представляемого)со спецификой предстоящей медицинской услуги, в дальнейшем, при необходимости, повторного выполнения такой же манипуляции, информирование и прочие разъяснения будут проводиться в устной форме

Я понимаю что этот план лечения является наиболее вероятным , но не исключена возможность возникновения обстоятельств , могущих повлечь изменения плана лечения по медицинским показаниям и (или) иным причинам , а следовательно , и его стоимости.. Также может возникнуть необходимость в проведении дополнительных медицинских вмешательств для обеспечения безопасности и надлежащего качества намеченного плана лечения.

Мне разъяснено о праве на отказ от медицинского вмешательства, предусмотренный положениями статьи 20 Закона №323 ФЗ. В случае такого отказа я не буду иметь претензий к медицинской организации.

Я, получил(а)от сотрудников клиники полную информацию о новой коронавирусной инфекции (COVID-19), возможностях и последствиях заражения COVID-19, в соответствии с ФЗ «О санитарно–эпидемиологическом благополучии населения» ,пун.3.2 ст. Закона Омской области «О защите населения и территории Омской области от черезвычайных ситуаций природного и техногенного характера», предупрежден(а) о соблюдении мер профилактики , направленных на предотвращение распространения COVID-19 и обязуюсь строго соблюдать все ,разъясненные мне , меры безопасности. **Мне разъяснено** и **я осознаю** , что клиникой предпринимаются все необходимые меры для предотвращения заражения и распространения COVID-19,однако понимаю, что невозможно исключить риск заражения COVID-19

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и удовлетворяют меня. и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне медицинского вмешательства(ортопедического лечения) врачом ООО « Стоматология «Айболит/»

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Пациент _____(подпись)

Заказчик /Законный представитель _____(подпись)

Беседу провёл врач _____ _____(Ф.И.О. мед. работника, подпись)

в присутствии сотрудников :_____(должность ФИО подпись)

Дата «_____»_____202__год.

В случае отказа от рекомендованного медицинского лечения

Я,……....., отказываюсь от предложенного мне стоматологического лечения

……..

Врач рекомендует мне проведение комплексного стоматологического лечения и протезирования - санацию полости рта.
Рекомендованное лечение должно быть осуществлено в определённые сроки и с определённой последовательностью.
Врач подробно информировал меня о характере и целях рекомендованного лечения, мне разъяснены возможные отрицательные последствия отказа от санации полости рта.
Я осознаю, что выбор мною неоптимального плана лечения и протезирования, изменение сроков и этапности стоматологического лечения отрицательно повлияют на итоговый результат лечения, протезирования, и их отдалённый прогноз.
Я подтверждаю, что имею возможность обсудить с моим лечащим врачом интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с моим лечением и отказом от него. Я осознаю, что в связи с моим отказом от предлагаемого лечения и протезирования гарантия на работы расходящиеся с планом лечения не распространяется.
Подпись пациента_____ ФИО__ (полностью _Подпись врача_____ ФИО (полностью) .