**Приложение №\_\_\_\_**

**к Договору №\_\_\_\_\_**

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

**Государственное Бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы**

**«Детская стоматологическая поликлиника №38 Департамента здравоохранения города Москвы»**

107589 г. Москва, ул. Байкальская д.49 тел/факс: 8(495) 469-50-65

# Добровольное информированное согласие пациента

**на ортопедическое лечение.**

# от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

Цель данного документа – представить пациенту/представителю пациента до подтверждения им согласия на ортопедическое лечения полную информацию об особенностях предстоящих врачебных манипуляций и осложнениях, которые могут возникнуть при данном виде лечения.

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество пациента/представителя пациента)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

уполномочиваю врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и его ассистентов провести мне/представляемому мною пациенту ортопедическое лечение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.Содержание и прогнозируемые результаты предстоящего лечения мне полностью объяснены врачом, и я их полностью понял (а).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 органа, рецидивы деструктивных процессов в зубах и тканях челюсти). Мне было объяснено, что последствиями отказа от протезирования вообще 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 зубо-альвеолярных 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.

2.Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки работы. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье/здоровье представляемого мною пациента(нужное подчеркнуть), 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 твердых тканей 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

3.Я понимаю необходимость регулярных осмотров у лечащего врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с лечащим врачом и записанному в истории болезни).

4.Я осведомлен (на) о возможных осложнениях во время анестезии. Я проинформировал (ла) доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также обо всех моих заболеваниях/заболеваниях представляемого мною пациента (нужное подчеркнуть), случавшихся в течение ближайших двух лет и имеющихся в настоящее время.

5.Понимая сущность предложенного протезирования и уникальность собственного организма/организма представляемого мною пациента (нужное подчеркнуть), я согласен (на) с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом, т.к. представления пациентов о протезировании, как правило, не совпадают с реальной действительностью.

6. Я имел (а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы.

7. Я полностью понимаю, что точная продолжительность лечения не может быть определена или может измениться, что во время и после лечения, состояние может измениться, тогда, по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия. Я разрешаю любые изменения дизайна, материалов или ухода, если они будут сделаны для моего собственного блага/для блага представляемого мною пациента.

8.Я даю разрешение делать инъекции, рентгеновские снимки, оттиски, диагностические модели, проводить фото и видеосъемку и проводить любые другие мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза, протезирования, а также для фиксации результатов медицинского вмешательства.

9.Я предупреждён (на) о возможной необходимости изменения или коррекции первоначального плана протезирования в процессе выполнения работ.

10.Меня уведомили, что «ГБУЗ ДСП№38 ДЗМ» и работники не несут ответственности за качество предоставляемых услуг в следующих случаях:

* Предоставления услуг по требованию пациента, расходящихся с предложенным врачом планом протезирования, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.
* Возникновения аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее.
* Осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций.
* Переделок и исправления работ в другом лечебном заведении.
* Ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом.
* Истечения срока гарантии на оказанные услуги.
* Неудовлетворительного состояния гигиены полости рта.
* Системных заболеваниях организма
* Курении

11.Я понимаю, что я ответственен (на) за оплату услуг, оказанных мне/представляемым мною пациенту (нужное подчеркнуть) в «ГБУЗ ДСП№38 ДЗМ» в соответствии с прейскурантом ЛПУ. Я внимательно ознакомился (лась) с прейскурантом ЛПУ и согласен (на) оплачивать все оказанные мне/представляемому мною пациенту (нужное подчеркнуть) стоматологические услуги в соответствии с планом протезирования по факту их оказания.

12.Я внимательно ознакомился (лась) с данным согласием на ортопедическое лечение, и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

13.Я даю свое согласие на проведение стоматологического ортопедического медицинского вмешательства.

14. Я осведомлен(а), что в случае изготовления ортопедических или ортодонтических конструкций сторонними организациями, выбор изготавливающей организации осуществляется Пациентом/Представителем пациента самостоятельно. За качество конструкции, изготовленной сторонними организациями Исполнитель ответственности не несет. Расходные материалы для ортодонтии (брекет-системы и сопутствующие изделия) и лечения с помощью дентальных имплантатов (дентальные имплантаты и сопутствующие изделия) приобретаются Пациентом/Представителем пациента самостоятельно. Деятельность Исполнителя не предполагает продажи медицинских изделий и сопутствующих материалов.

**Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись представителя

пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись медицинского работника

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_