**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 (зубопротезирование).**

# 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 аппарата, рецидивы деструктивных процессов в зубах и тканях челюсти). Мне было объяснено, что последствиями отказа от протезирования могут быть: прогрессирование кариозного процесса и переход его в осложненную форму; перелом зуба; 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 заболевания желудочно-кишечного тракта и др.

2. Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье/здоровье представляемого мною пациента, тем не менее, я понимаю, что протезирование 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 аппарата. 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 возникает необходимость коррекции, либо изготовления новой ортопедической конструкции.

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

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, случавшихся и имеющихся в настоящее время.

5. Понимая сущность предложенного протезирования и уникальность собственного организма/организма представляемого мною пациента, я согласен (на) с тем, что нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и фактическим результатом.

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.

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

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

13. Я осведомлен, что в случае изготовления ортопедических или ортодонтических конструкций сторонними организациями, выбор которой осуществлялся Пациентом/Представителем пациента самостоятельно, Исполнитель не несет ответственности за качество конструкции, изготовленной данной сторонней организацией. 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.**

|  |  |
| --- | --- |
| Главный врач ГБУЗ «ДСП № 38 ДЗМ»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /П.И.Попов/ | Пациент/Представитель пациента:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |