



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА СЪЕМНЫЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ КОНСТРУКЦИИ

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, Patient\, проинформирован(а) о поставленном диагнозе

Я получила(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения.

Я понимаю, что результатом протезирования является установка искусственных зубов вместо утраченных для обеспечения жевания пищи и эстетической целостности зубных рядов.

Я соглашаюсь на следующую конструкцию протеза: _____

Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и планом самого протезирования, с возможными альтернативными вариантами протезирования, в том числе протезировании несъемными конструкциями и протезированием на имплантатах, которые, в моем случае, будут иметь лучший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа), но недоступны мне по финансовым причинам или медицинским показаниям.

Выбирая данную конструкцию протеза, я соглашаюсь на присущие ей вероятные недостатки в виде времени для привыкания к протезам и необходимость периодических коррекций, в том числе перебазируются протеза 1 раз в 6 месяцев, которые даже в период гарантийного срока проводятся за дополнительную плату.

Выбирая данную конструкцию протеза, я соглашаюсь на присущие ей вероятные эстетические и недостатки и возможные неудобства при пользовании протезом: _____

Я соглашаюсь с тем, что при съемном протезировании протезы зубов не фиксируются постоянно в полости рта, возможность извлечения (снятия) протеза из ротовой полости и его нахождение вне ротовой полости может приводить к повреждению протеза, требует специального ухода за протезом (меры ухода указываются дополнительно в Памятке, с которой я был ознакомлен до начала лечения и получил ее на руки).

Я соглашаюсь с тем, что при использовании съемных протезов возможны дискомфортные ощущения в ротовой полости, привыкание к которым требует времени и, при необходимости, процедур коррекции.

Последствиями отказа от протезирования могут быть: прогрессирующее зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирующее заболевание пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, утрата кости челюсти, рецессия десен, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Я соглашаюсь с тем, что при протезировании с опорой на зубы есть необходимость обтачивания зубов (препарирования эмали) для установки коронок, накладок, виниров, замковых креплений систем фиксации съемного протезирования). Данные манипуляции не входят в стоимость съемного протеза.

Я соглашаюсь с тем, что для опоры протеза необходимо провести депульпирование (удаление нервов, при этом зуб становится неживым, но успешно выполняет функцию опоры протеза) и пломбирование каналов зубов

Я понимаю необходимость строго следовать этапам протезирования и соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза.

Мне понятно, что в зубочелюстной системе с возрастом происходят изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастает, и это может приводить к их разрушению. Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами.

Съемные протезы имеют срок эксплуатации (не путать с гарантийным сроком!) от 3 до 7 лет при условии идеального выполнения всех врачебных рекомендаций и коррекции протезов не реже 1 раза в 6 месяцев. В процессе эксплуатации



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

при воздействии жевательной нагрузки протезы могут получать трещины, отколы искусственных зубов и пластмассы базиса протеза. Данные случаи не являются гарантийными и устраняются при наличии такой возможности путем починки протеза за дополнительную плату.

Срок гарантии и срок службы на любой съемный протез, изготовленный в нашей клинике, составляет 1 год с момента начала использования протеза. В течение гарантийного срока все дефекты конструкции протеза будут устранены за счет клиники. Пациент обязан самостоятельно записываться и являться на прием в клинику согласно графику контрольных осмотров: не реже 1 раза в 3 месяца в первый год использования протеза и не реже 1 раза в 6 месяцев в последующие годы использования протеза и графику коррекции (перебазировки) протеза: не реже 1 раза в 6 месяцев в течение всего срока использования съемного протеза.

В случае нарушения пациентом врачебных рекомендаций и назначений, неявки на профилактический и контрольный осмотр, отказа или несвоевременного проведения коррекции съемного протеза (перебазировки), активации кламмеров, замены удерживающих матриц, вмешательства в конструкцию протеза самостоятельно или силами третьих лиц все гарантийные обязательства утрачиваются и любые последующие модификации, починки и переделки будут проводиться за дополнительную плату согласно прайсу клиники даже в пределах гарантийного срока.

Я знаю, что в качестве опоры для зубных протезов могут быть использованы только здоровые или качественно пролеченные зубы и ткани пародонта, а также извещен(а) о необходимости рентгенологического исследования опорных зубов и челюстей.

Я понимаю, что если я настаиваю на использовании в качестве опоры протеза зубов с некачественными пломбированными корневыми каналами, с очагами деструкции в области верхушки корня, с заболеванием пародонта и другими отклонениями от нормы (которые не удалось устранить в процессе лечения), то возрастает риск обострения заболевания зуба и ухудшения его состояния, что может привести к удалению зуба и зубного протеза. Настаивая на вышеуказанном, я беру на себя риск возникновения осложнений в опорных зубах и соглашаюсь с установлением гарантийного срока на протезирование в размере 7 дней.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я осведомлен(а), что в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятие оттисков, корректировке прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи.

Я понимаю, что во время эксплуатации надлежащим образом изготовленных и установленных протезов (особенно при пережевывании и откусывании с силой), есть вероятность возникновения переломов протезов, трещин и отколов облицовочного материала искусственных зубов, появление натертостей на деснах, изменение цвета протеза, стирание зубов, обострение хронических процессов в опорных зубах и др.

Я осведомлена(а), что при наличии патологии височно – нижнечелюстных суставов, жевательных мышц, психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, поломки протеза.

Я информирован(а) о том, что в случае изготовления бюгельного протеза на телескопической фиксации с использованием вторичных телескопических колпачков, необходимо производить платную замену вторичных гальванических колпачков в связи со снижением качества фиксации из-за физического износа фрикционных частей. Такую замену необходимо производить один раз в 2 года в том случае, если первичная (несъемная) часть изготовлена из сплавов драгоценных металлов. В случае изготовления первичного колпачка из неблагородных сплавов, которые отличаются повышенной твердостью, физический износ гальванического колпачка происходит быстрее и замена производится не менее 1 раза в год. Замена матриц в составе замкового крепления проводится не реже 1 раза в 6 месяцев. Я понимаю, что замена колпачков и матриц будет платной.

Я согласен с тем, что при протезировании с использованием бугельного протеза на опорных зубах будут видны фиксирующие элементы (замки).

Я понимаю, что нет гарантии совпадения ожидаемого мной результата с полученным результатом и, что при установленном в гарантийном сроке на каждый из видов протезов, невозможно гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом. При утрате опорных зубов платной переделке подлежит и весь протез.



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения и вероятность возникновения нежелательных явления и осложнений. Я понимаю, что ожидаемый мной положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на ортопедическое лечение и зубные протезы, и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь прав на гарантию.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании без указания имени и фамилии, фотографии моих зубов (без лица) и полости рта в научных и учебных целях, для оценки качества протезирования, публикации на сайте клиники, для публикации в научной литературе, а так же предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных инее услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных стоматологических услуг. Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / \Patient\ /
(подпись пациента)

(ФИО полностью)

Подпись врача: _____ / _____ /
(подпись врача)

(ФИО)

Дата « _____ » _____ 20__ г