



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

## **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПРОТЕЗИРОВАНИЮ ВИТАЛЬНЫХ**

*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, добровольно обращаюсь в ООО «Стоматология на Дровяном» для проведения ортопедического лечения дефектов зубов или (и) зубных рядов в соответствии с планом лечения.

Этот документ подтверждает, что я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым планом, сроками и стоимостью оказания ортопедических услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение ортопедического лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Меня уведомили, что наиболее предпочтительным для здоровья и долгосрочного прогноза является покрытие зубов искусственными ортопедическими конструкциями без предварительного депульпирования. В случае сохранения жизнеспособности пульпы опорного зуба существует риск воспаления пульпы зуба или развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня опорного зуба как в процессе, так и после покрытия зуба ортопедической конструкцией. Данная ситуация не является признаком некачественного оказания услуг и может развиваться при соблюдении всех стандартов и клинических рекомендаций оказания медицинской помощи. Я информирован, что в этом случае за дополнительную плату согласно прайсу, будет проведено лечение корневых каналов опорного зуба наиболее рациональным и безопасным способом – прямо через установленную ортопедическую конструкцию либо после ее снятия, что может потребовать необходимость повторного изготовления ортопедической конструкции и повторной ее оплаты.

Я уведомлен, что альтернативой является превентивное депульпирование витальных зубов под ортопедическую конструкцию, что связано с дополнительными риском развития осложнений как отдельная инвазивная стоматологическая манипуляция, а также депульпированные зубы имеют худший долгосрочный прогноз по сравнению с витальными зубами. Поэтому я выбираю предложенный вариант покрытия зубов ортопедическими конструкциями без депульпирования.

Понимая сущность предложенного протезирования и уникальность собственного организма, я уведомлен, что итоговый результат протезирования может отличаться от ожидаемого мною и что искусственные протезы зубов эстетически могут отличаться по форме, цвету и прозрачности от своих зубов и других искусственных конструкций, особенно при различном освещении. Я осознаю риск, связанный с применением анестезии и медицинских препаратов, которые могут вызвать нарушение сознания и дыхания, дисфункцию мышц, судороги, сердцебиение, коллапс, повышение АД, отек и воспаление в месте инъекции, аллергию, кровотечение, гематомы, некроз тканей, потерю чувствительности языка, губ, неба, кожи лица и шеи. Высокий процент успешности проведения ортопедического лечения (более 90%) не исключает определенный процент (около 10%) неудач ортопедического лечения, что может потребовать проведения коррекции или полной переделки ортопедической конструкции за счет пациента. Я понимаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них подробные ответы. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех медицинских терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я уведомлен, что витальные зубы, покрытые ортопедическими конструкциями, требуют динамического наблюдения у лечащего врача не реже 1 раза в 6 месяцев, включающее в том числе необходимость рентгенологического исследования. В случае выявления эндодонтической патологии проводится лечение корневых каналов с оплатой по прайсу исполнителя на момент оказания услуги.

Я осведомлена(а), что при наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других нейромиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувство тошноты, нарушение функции речи, жевания, глотания, сколов и поломок протеза. Наличие сопутствующих заболеваний и индивидуальных особенностей организма, не позволяющих пациенту полностью адаптироваться к



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

качественно изготовленным ортопедическим конструкциям (например, повышенный рвотный рефлекс), гарантийным случаем не являются и устраняются при наличии такой возможности за отдельную плату.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо. Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана протезирования в процессе оказания медицинских услуг.

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

\*Примечание: при приеме детей до 18 лет обязательно подписывается родителем (опекуном).