

## **ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ**

**«Артадент»**

**Юридический адрес:** 108801, г. Москва, Поселение Сосенское, ул. Александры Монаховой, д. 109, корп. 3, 1 этаж, 2 подъезд, помещение 21

**Фактический адрес:** 108801, г. Москва, Поселение Сосенское, ул. Александры Монаховой, д. 109, корп. 3, помещение 3/1  
Тел.: 8-495-991-28-92, 8-985-991-28-92 e-mail: [art-a-dent@mail.ru](mailto:art-a-dent@mail.ru) ИНН/КПП 7751041557/775101001 ОГРН 1177746352629

### **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСЪЕМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ С ОПОРОЙ НА ЗУБЫ**

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен с названными мне условиями его проведения.

Я, \_\_\_\_\_,  
соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения.

**Целью ортопедического лечения** является восстановление отсутствующих или разрушенных зубов несъемными конструкциями, которые изготавливаются в зуботехнической лаборатории по оттиску, выполненному врачом. В процессе лечения допустимо уточнение диагноза, коррекция рекомендованного плана или отказ от его осуществления в зависимости от клинической ситуации, о чем меня уведомит врач. **Мне сообщены возможные альтернативные варианты лечения.**

**Мне сообщено и понятно**, что для лечения могут понадобиться дополнительные обследования и лечебные мероприятия, о чем меня уведомит врач, а именно: консультация у врача(ей) общего медицинского профиля; консультация врача(ей)-стоматолога(ов) иного профиля; проведение обследования на аллергические реакции на используемые материалы; рентгенологические обследования; фотосъемка/видео-съемка; проведение функциональной диагностики (электромиография, кондиография); депульпирование или сошлифовывание зубов по показаниям к ортопедическому лечению.

**Мне сообщено и понятно**, что одним из критериев эффективности оказания медицинских услуг является результат проведенного лечения, подтвержденный фотографиями до, после и в процессе лечения в соответствии с согласованным планом лечения. Я даю согласие на фотографирование моего лица и зубных рядов при оказании мне медицинских услуг.

**Я проинформировал** врача о состоянии своего здоровья, обо всех случаях аллергии.

**Я понимаю**, что отказ от перечисленных выше обследований, а также не упомянутых здесь дополнительных обследований может повлечь осложнения и **Исполнитель не несет ответственности** в случае их возникновения, если я не сообщил или не знал о своих противопоказаниях, но дал свое согласие на проведение лечения.

**Мне составлен** врачом индивидуальный рекомендованный план подготовки полости рта к протезированию и план ортопедического лечения. **Мне сообщено** и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана ортопедического лечения в полном объеме, а также плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

**Я проинформирован о возможных рисках, а именно: о возможных негативных последствиях отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения**, а именно: перелом зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения); дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функций речи; прогрессирование заболеваний пародонта; перемещение имеющихся зубов на место отсутствующих и их быстрая утрата; атрофия костной ткани; воспаление десны и прилежащих тканей; подвижность зубов, что может привести к их удалению; заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; головные боли; боли, иррадиирующие в шею сзади и мышцы лица; утомляемость жевательных мышц; заболевания желудочно-кишечного тракта; нейропатология;

• **о возможных осложнениях на разных этапах протезирования и в последующем:** под влиянием анестезии (апликационной, инфильтрационной и проводниковой), а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола; снижение внимания; аллергические реакции; последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры; возможность проявления аллергической реакции на материалы, используемые для изготовления протезов, и материалы самого протеза: онемение языка, жжение в полости рта, болезненность, дискомфорт; при снятии старых ортопедических конструкций (коронки и мостовидных протезов): травма слизистой оболочки десневого края, перелом коронковой части зуба; при препарировании зубов под несъемные ортопедические конструкции: травма слизистой оболочки десневого края, перелом коронковой части зуба; при получении оттисков: травма слизистой оболочки полости рта, проглатывание или вдыхание оттисковой массы.

**Я проинформирован(а):** о том, что при проявлении скрытых дефектов возможны переделка протеза и увеличение сроков его изготовления; о необходимости через некоторое время проводить коррекцию либо переделку протеза (по ситуации) по причинам, не зависящим от работы врача, но обусловленным неизбежными изменениями в полости рта, а именно: лечение или удаление имеющихся в полости рта зубов, стираемость поверхности зубов (время переделки протеза зависит от скорости изменений в полости рта); о возможном появлении боли в зубе, что может являться индивидуальной реакцией на препарирование (обработку) зуба; о необходимости ортопедического лечения (изготовлении вкладки, культевой штифтовой вкладки, коронки, мостовидного протеза).

**Мне разъяснены** все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача. Я знаю, что в случае несоблюдения мною гигиены полости рта и в случаях неявки на плановые профилактические осмотры возможно ухудшение состояния зубов, протезов. **Мне названы и со мной согласованы:** технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; ориентировочные сроки проведения лечения; стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. В случае повышения стоимости врач предупредит меня и обоснует это.

**Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях на ортопедические конструкции.**

На металлокерамические коронки средний гарантийный срок составляет 1 год, средний срок службы – 1 год; на культевые вкладки и абатменты, на коронки цельнокерамические, коронки из диоксида циркония и виниры - 1 года и 1 год, соответственно. На коронки из диоксида циркония, усиленные в точках повышенной окклюзионной нагрузки, цельноциркониевые коронки - 1 года и 1 год, соответственно. На коронки временные - 6 мес. и 6 мес., соответственно. На коронки временные армированные - 6 мес. и 6 мес., соответственно. На микропротезирование - 1 года и 1 года, соответственно. Врачом могут быть установлены индивидуальные гарантийные сроки и сроки службы в зависимости от клинической ситуации в полости рта, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях, полноты выполнения плана лечения, рекомендованного врачом.

С учетом указанных обстоятельств гарантийные сроки и сроки службы могут быть уменьшены или увеличены по сравнению со средними, что фиксируется врачом в медицинской карте.

Я понимаю, что в ходе лечения может возникнуть необходимость дополнительного обследования, о чем меня уведомит врач.

Я обязуюсь выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

Мною были заданы врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я внимательно ознакомился и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись, ФИО полностью \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Я свидетельствую, что разъяснил пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал ответы на все вопросы.**

ФИО врача \_\_\_\_\_, подпись \_\_\_\_\_