

**Общество с ограниченной ответственностью  
«ДЕНТА ЛИГА»**

**Информированное добровольное согласие  
на проведение медицинского вмешательства  
ортопедическое лечение**

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента. *Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.*

1. Я \_\_\_\_\_  
соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач стоматолог-ортопед

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

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

2.1. Диагноз (показания к протезированию):

---

2.2. Допустимость уточнения диагноза (показаний к протезированию) в процессе лечения.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план ортопедического лечения и подготовки к нему.

2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты протезирования, а именно:

---

2.6. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно (ненужное зачеркнуть): перелом зуба (при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения); прогрессирование зубоальвеолярных деформаций; дальнейшее снижение эффективности жевания; ухудшение эстетики; нарушение функций речи; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата зубов остаточного прикуса; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; заболевания желудочно-кишечного тракта; невропатология.

2.7. Возможные осложнения на разных этапах протезирования (нужное добавить, ненужное зачеркнуть):

- под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте введения, 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;
- при снятии старых ортопедических конструкций: \_\_\_\_\_
- при получении оттисков: \_\_\_\_\_
- после постановки протеза, а именно: \_\_\_\_\_

---

---

2.8. Необходимость 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: опущение и изменение формы десны, атрофия костной ткани челюсти, стираемость поверхности зубов. (Время коррекции или переделки протеза зависит от скорости изменений в полости рта конкретного человека).

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- 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. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною *плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.*

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- получение ортопантограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;
- консультация стоматолога(ов) иного профиля: \_\_\_\_\_

- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля: \_\_\_\_\_

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

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных в объеме и способами, указанными в Федеральном законе №152-ФЗ «О персональных данных» для целей оказания мне медицинских услуг.

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

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись Пациента)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Расшифровка подписи)

Дата \_\_\_\_\_