

**Інформована добровільна згода
на проведення медичного стоматологічного втручання
(підготовку до протезування, виготовлення
та встановлення ортопедичних конструкцій)**

Я, _____, _____ року народження, цим документом підтверджую факт надання усвідомленої згоди на проведення **стоматологічного протезування**, яке включає підготовку, виготовлення та встановлення ортопедичних конструкцій в Амбулаторії **ГТОВ «УСМІШКА» ЛТД**.

Своїм власним підписом я підтверджую, що у повністю зрозумілому та доступному вигляді мені була надана інформація стосовно стану мого здоров'я, поставленого діагнозу, можливого прогнозу, ризиків і ускладнень лікування, наслідків відмови від протезування чи його відстрочення, а також найбільш ефективних для мене методів протезування та конструкцій. Мені пояснені альтернативні способи усунення дефектів зубного ряду, у т.ч. імплантацію, але я віддаю перевагу саме протезуванню з використанням

(вказати назву, вид (інші характеристики) обраної ортопедичної конструкції)

Мені була надана можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні та зрозумілі для мене відповіді. Після консультації я мав (-ла) достатньо часу і можливостей все обміркувати та порадитися з іншими особами (близькими та родичами, спеціалістами тощо). У мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації і намірів лікарів та інших медичних працівників Амбулаторії, де я буду проходити стоматологічне лікування.

У доступній для мене формі мене проінформовано та я повністю розумію мету, сутність, споживчі властивості, ризики та ускладнення, що можуть виникнути при підготовці до протезування, встановленні погодженої зі мною ортопедичної конструкції, а також при її подальшій експлуатації, а найголовніше:

1. Головною метою сучасного протезування та підготовки до нього є максимальне збереження власних зубів пацієнта, з подальшим використанням навіть їх частин.
2. У зубо-щелепній системі кожної людини з віком відбуваються зміни, які послаблюють структуру зубів і його з'єднання з прилеглими тканинами щелепи.
3. При відсутності окремих зубів навантаження на зуби, що залишилися, істотно зростає, і це приводить до їхнього руйнування.
4. Незважаючи на можливості сучасної стоматології, ніколи немає стовідсоткової гарантії збігу очікуваного пацієнтом результату з дійсним результатом протезування. Естетичні уподобання щодо форми, розміру, кольору штучних зубів кожного пацієнта індивідуальні та навіть можуть з часом змінюватися.
5. Після встановлення ортопедичних конструкцій, особливо тих що знімаються, повинен пройти певний «період звикання», що передбачає прилаштування до певних незручностей.
6. Також під час експлуатації встановлених протезів існує ймовірність (наприклад, при збільшенні навантаження) можливих ускладнень, зокрема, виникнення переломів протезів, тріщин, відколів облицювального матеріалу, зміни кольору (знімних протезів), стирання зубів-антагоністів (з протилежним розміщенням), виникнення зміни оклюзії (зміна змикання зубів), загострення хронічних процесів в опорних зубах, алергічні реакції на деякі стоматологічні матеріали, застосовувані для виготовлення зубних протезів (метали, пластмаси, відтискні маси та ін.) тощо, які підлягають усуненню на умовах гарантійного обслуговування. Через дію

хімічних речовин, ліків, деяких харчових продуктів колір протезів може змінюватися, а при стоматологічному відбілюванні колір протезів може не збігатися із загальним кольором природних зубів пацієнта.

7. На тривалість строку служби протезів значно впливає додержання належної гігієни порожнини рота, рекомендацій лікаря щодо режиму харчування, експлуатації та догляду за протезами, а також стану здоров'я пацієнта.

Я розумію необхідність якісної підготовки зубів і тканин пародонта (зв'язки зубу, кістку, лунку зубу, ясна та надкисниця) до протезування, а також необхідність їхнього рентгенологічного обстеження. Лікар пояснив мені необхідність суворо дотримуватись послідовності проведення всіх етапів протезування, його термінів.

Я інформований (-на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я проінформував (-ла) лікуючого лікаря, про усі випадки алергії до медикаментозних препаратів у минулому, про алергічні прояви (їх відсутність) в цей час.

Своїм підписом Я підтверджую згоду та зобов'язання дотримуватися проведеного зі мною інструктажу щодо догляду за протезами та ротовою порожниною. Я зобов'язуюся регулярно відвідувати мого лікаря та виконувати всі його вказівки та приписи.

Я знаю та розумію, що практична стоматологія не є точною наукою і що не може бути 100% гарантії на результат протезування навіть при ідеальному виконанні всіх його клінічних і технологічних етапів.

Я надав (-ла) моєму лікарю всі необхідні та точні дані про своє фізичне та психічне здоров'я.

Я проінформований (-на), що гарантійні терміни і строки служби ортопедичних конструкцій визначені Положенням про гарантійні зобов'язання, які доступні для ознайомлення в Куточку споживача.

Я зобов'язуюся один раз на 6 (шість) місяців відвідувати Лікаря з метою проведення профілактичного огляду і гігієни порожнини рота. У випадку невиконання мною цих зобов'язань строк гарантійного обслуговування зменшується відповідно до Положення про гарантійні зобов'язання.

Текст цього документу мною прочитано та своїм підписом я підтверджую, що повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено. Я розумію, що ця згода є юридичним документом і тягне для мене правові наслідки.

Цей документ є невід'ємною частиною медичної карти стоматологічного хворого.

Підпис пацієнта _____ / _____
(підпис) (П.І.Б.)

Лікуючий лікар _____ / _____
(підпис) (П.І.Б.)

« _____ » _____ 20__ р.