

7.Я предупрежден(а) 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.

8.Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях (нужное подчеркнуть):

- 1) на несъемные протезы – 1 год;
- 2) на съемные протезы – 6 месяцев;
- 3) без гарантии.

9.Я уведомлен(а) о необходимости тщательного соблюдения гигиены полости рта а также регулярных осмотров у лечащего врача. Поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику оговоренному с врачом и записанному в медицинской документации.

10. Я уведомлен(а), что не соблюдение рекомендаций лечащего врача может снизить качество зубопротезирования, повлечь за собой невозможность его завершения в срок или негативно сказаться на состоянии моего (моего представляемого) здоровья.

11. Я получил полную информацию об альтернативных методах ортопедического лечения. ознакомился с наиболее рациональным планом лечения и планом проведения подготовительных мероприятий, принял решение осуществить протезирование на выше указанных условиях. Я доверяю врачу принимать необходимые решения и выполнять медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата.

12.До подписания настоящего согласия я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

13. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на медицинское вмешательство.

Подпись пациента
(законного представителя)

Фамилия (полностью) И.О. пациента
(законного представителя)

Подпись врача

Фамилия (полностью) И.О.врача

7.Я предупрежден(а) 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.

8.Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях (нужное подчеркнуть):

- 1) на несъемные протезы – 1 год;
- 2) на съемные протезы – 6 месяцев;
- 3) без гарантии.

9.Я уведомлен(а) о необходимости тщательного соблюдения гигиены полости рта а также регулярных осмотров у лечащего врача. Поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику оговоренному с врачом и записанному в медицинской документации.

10. Я уведомлен(а), что не соблюдение рекомендаций лечащего врача может снизить качество зубопротезирования, повлечь за собой невозможность его завершения в срок или негативно сказаться на состоянии моего (моего представляемого) здоровья.

11. Я получил полную информацию об альтернативных методах ортопедического лечения. ознакомился с наиболее рациональным планом лечения и планом проведения подготовительных мероприятий, принял решение осуществить протезирование на выше указанных условиях. Я доверяю врачу принимать необходимые решения и выполнять медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата.

12.До подписания настоящего согласия я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

13. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на медицинское вмешательство.

Подпись пациента
(законного представителя)

Фамилия (полностью) И.О. пациента
(законного представителя)

Подпись врача

Фамилия (полностью) И.О.врача

Информационное согласие

на предоставление ортопедических стоматологических услуг

(дополнение к договору)

Я Ф.И.О. _____

Проживающий(ая) по адресу: _____

Уполномочиваю врача-стоматолога _____
(Ф.И.О. врача)

Провести ортопедическое лечение дефектов зубов или (н) зубных рядов челюстей. Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(лась) с предлагаемым лечением и мог(ла) от него отказаться, либо дать своё согласие на проведение данного лечения.

Подпись пациента _____

Врач обосновал необходимость проведения ортопедического лечения. Я ознакомлен с наиболее рациональным планом протезирования и проведения подготовительных мероприятий. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика пародонта и дальнейшее разрушение жевательного аппарата). Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия одного коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также обще-соматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, а также соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить моё стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что

Информационное согласие

на предоставление ортопедических стоматологических услуг

(дополнение к договору)

Я Ф.И.О. _____

Проживающий(ая) по адресу: _____

Уполномочиваю врача-стоматолога _____
(Ф.И.О. врача)

Провести ортопедическое лечение дефектов зубов или (н) зубных рядов челюстей. Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(лась) с предлагаемым лечением и мог(ла) от него отказаться, либо дать своё согласие на проведение данного лечения.

Подпись пациента _____

Врач обосновал необходимость проведения ортопедического лечения. Я ознакомлен с наиболее рациональным планом протезирования и проведения подготовительных мероприятий. Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика пародонта и дальнейшее разрушение жевательного аппарата). Последствиями отказа от протезирования вообще могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия одного коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубов остаточного прикуса, заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также обще-соматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология.

Врач понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, а также соблюдать сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить моё стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический

переделки протеза. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить моё стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм, и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, т.к. полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата (как если у человека выросли снова зубы). Зубочелюстная система в течении жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов, и которые у каждого строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача, и я осведомлен(а) о необходимости приходить на контрольные осмотры (по графику, обговорённому с врачом и записанному в истории болезни).Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Мне были объяснены все возможные исходные протезирования, а также альтернативные варианты.

На все мои вопросы доктор ответил, и я полностью понимаю все, о чем сказано в этой согласительной форме.

Подпись пациента _____

Претензий к эстетике реставрации, форме и цвету (виниры, вкладки, накладки, мосты, съемные протезы и др.) не имею.

Подпись пациента _____

Разрешаю постоянную фиксацию ортопедической конструкции.

Подпись пациента _____ Дата . .20 г.

протезирование является своего рода вмешательством в биологический переделки протеза. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить моё стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм, и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, т.к. полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата (как если у человека выросли снова зубы). Зубочелюстная система в течении жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов, и которые у каждого строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача, и я осведомлен(а) о необходимости приходить на контрольные осмотры (по графику, обговорённому с врачом и записанному в истории болезни).Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Мне были объяснены все возможные исходные протезирования, а также альтернативные варианты.

На все мои вопросы доктор ответил, и я полностью понимаю все, о чем сказано в этой согласительной форме.

Подпись пациента _____

Претензий к эстетике реставрации, форме и цвету (виниры, вкладки, накладки, мосты, съемные протезы и др.) не имею.

Подпись пациента _____

Разрешаю постоянную фиксацию ортопедической конструкции.

Подпись пациента _____ Дата . .20 г.

при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, т.к. полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата (как если у человека выросли снова зубы). Зубочелюстная система в течении жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов, и которые у каждого строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача, и я осведомлен(а) о необходимости приходить на контрольные осмотры (по графику, обговорённому с врачом и записанному в истории болезни).Я полагаю, что в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Мне были объяснены все возможные исходные протезирования, а также альтернативные варианты.

На все мои вопросы доктор ответил, и я полностью понимаю все, о чем сказано в этой согласительной форме.

Подпись пациента _____

Претензий к эстетике реставрации, форме и цвету (виниры, вкладки, накладки, мосты, съемные протезы и др.) не имею.

Подпись пациента _____

Разрешаю постоянную фиксацию ортопедической конструкции.

Подпись пациента _____ **Дата** __._____.20__ г.