**ООО «ЛЕГЕ АРТИС КЛИНИК»**

**119270, г. Москва, Фрунзенская набережная д.52, помещение IX, тел. 8 (495) 609-12-12**

**Добровольное информированное согласие на проведение ортопедического приема**

*\*В соответствии со статьёй 20 Федерального закона №323 от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья Граждан в РФ» необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия Гражданина на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.*

**Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (пациент)**, ранее прошел(ла) осмотр с комплексной консультацией врача стоматолога-ортопеда в Клинике ООО « Леге Артис Клиник», во время которой врач выявил симптомы заболевания, опросил меня (собрал анамнез), поставил первичный диагноз, объяснил мне преимущества и недостатки всех возможных вариантов съемного (протезы, бюгеля) и несъемного (вкладки, коронки, мосты, виниры) протезирования в моем клиническом случае (в том числе и на имплантатах), разъяснил мне противопоказания к различным видам лечения, рассказал о возможных осложнениях и методах их устранения, также врач обозначил примерные сроки завершения лечения и его стоимость. Во время консультации были разъяснены и согласованы следующие положения моего лечения:

1. **На начальных этапах лечения возможна детализация клинического статуса, что может привести к изменению изначально запланированной конструкции и плана лечения и, как следствие, изменению ранее согласованных сроков и стоимости лечения.**
2. Перед приемом пациент обязан сообщить о состоянии самочувствия, о возможных заболеваниях. Планирование лечения и прием пациентов, имеющих кардиостимулятор, диабет, гипертонию, беременность, новообразования, эпилепсию, остеопороз, а также пациенты принимающие бисфосфонаты, антидепрессанты, лучевую терапию, имеет ограничения и некоторые отличия. По этой причине пациент обязан сообщить специалисту об этих возможно имеющихся патологиях. В том случае, если специалист не информирован об имеющихся у пациента заболеваниях, ответственность за возможные осложнения после проводимых манипуляций несет пациент.
3. В полости рта могут быть произведены следующие манипуляции: обезболивание, обтачивание (препарирование) твердых тканей зубов, смещенные зубы могут быть сточены (пришлифованы) а при крайних степенях смещения такие зубы могут подлежать удалению. Возможно стабильное появление чувствительности и даже болезненности после шлифовки и обтачивания живых зубов, которое потребует дополнительного лечения.
4. В некоторых случаях по показаниям могут быть удалены нервы из живых зубов с дальнейшей пломбировкой каналов, удалена деформированная кость и десна, усечена уздечка верхней либо нижней губы.
5. Временные конструкции из композита или пластмассы в большинстве случаев используются как обязательный промежуточный этап перед постоянным протезированием. В период их ношения возможно потребление только мягкой пищи.
6. Все съемные виды конструкций (протезы), в том числе и на имплантатах не являются полноценной альтернативой несъемному протезированию. Они уступают по эстетическим показателям и удобству ношения. У пациентов со съёмной конструкцией чаще проявляются аллергические реакции на пластмассу, изменения дикции, усиление рвотных рефлексов, изменение вкусовой чувствительности.
7. В некоторых клинических случаях при выраженной атрофии челюсти, протезирование полной съемной конструкции без установки 2-х имплантатов не эффективно. Протезирование бюгельными протезами при концевых дефектах (отсутствие жевательных зубов) также мало эффективно.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (продолжение на оборотной стороне листа)

1. При восстановлении эстетических показателей врач руководствуется классическими параметрами расположения зубов в челюстной кости, однако часто ограничен объективными клиническими данными пациента (дефицит челюстной кости и десны, кривое расположение опорных зубов, деформации прикуса и т.д.), вследствие чего конечный эстетический результат протезирования может не совпадать с эстетическими ожиданиями пациента.
2. Максимальное эстетическое соответствие новой конструкции к имеющимся зубам пациента требует не только индивидуального подхода врача, но и привлечение специалиста (зубного техника) с навыками изготовления высокоэстетичных конструкций, что обуславливает более высокую стоимость, отраженную в прейскуранте. При выборе такого эстетичного протезирования необходимо проинформировать врача-ортопеда изначально, до составления им финансового плана лечения.
3. Подбор цветового шаблона (расцветки) для новой конструкции к своим зубам пациента осложнен и не будет идентичен, если эти зубы ранее были восстановлены пломбировочным материалом или отбелены профессиональными стоматологическими средствами.
4. Финальной считается примерка конструкции, во время которой были достигнуты комфорт и оптимальные эстетические показатели данной конструкции, что подтверждается письменным согласием пациента. Далее конструкцию отправляют в зуботехническую лабораторию на заключительный этап, где закрепляют достигнутый результат. После чего изменения эстетических показателей данной конструкции (форма и цвет зубов) уже невозможны по технологическим причинам.
5. Постоянное протезирование должно быть закончено в срок до 60 дней с момента получения оттиска(слепка). В связи с этим все повторные манипуляции связанные с затянувшимися по вине пациента сроками протезирования, оплачиваются дополнительно.
6. Врач оставляет за собой право отказать пациенту в приеме, в том числе и в день визита, если считает, что это может ухудшить состояние пациента*.*

*У меня было достаточно времени, чтобы осознать всю полученную от доктора информацию, ознакомиться с прейскурантом, гарантийными обязательствами клиники и порядком оплаты планируемого лечения.*

*Я действительно прочел(ла) содержание данного документа и получил(ла) исчерпывающую информацию по всем интересующим меня вопросам. Я полностью согласен (на) со всеми положениями в нем и даю* ***Добровольное информированное согласие*** *на проведение моего лечения врачом-стоматологом и его ассистентами, которые будут работать с ним.*

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_