

**МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР
ТОВ «МЕРЕЖА ЕСТЕТИЧНИХ КЛІНІК
«АКУЛА»»**

Медична карта №

**Інформована згода
на проведення ортопедичного лікування
/підготовка до протезування, виготовлення та встановлення
ортопедичних конструкцій/**

Я, _____

цим підтверджую факт надання усвідомленої згоди на проведення ортопедичного лікування, яке включає підготовку, виготовлення та встановлення ортопедичних конструкцій відповідно до запропонованого плану лікування.

Діагноз (заповнюється лікарем): _____

Лікування буде проводити лікар-стоматолог-ортопед _____

У мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації та намірів лікаря, який буде проводити втручання.

Своїм підписом я підтверджую, що до початку лікування мені у повністю зрозумілому та доступному вигляді була надана інформація стосовно стану мого здоров'я, поставленого діагнозу, можливого прогнозу, наслідків відмови від протезування чи його відстрочення, а також найбільш ефективних для мене методів протезування та конструкцій.

Я повністю зрозумів (ла) мету та характер медичних втручань, їх лікувальний та естетичний ефект. Я мав (ла) можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні, зрозумілі для мене відповіді.

Мені пояснені альтернативні способи усунення дефектів зубного ряду (при відсутності одного чи кількох зубів), у т. ч. імплантацію, але я віддаю перевагу саме протезуванню з використанням:

вказати назву, вид (інші характеристики) обраної ортопедичної конструкції

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 обраної мною ортопедичної конструкції, а також при її подальшій експлуатації, а саме головне:

1. У зубощелепній системі кожної людини з віком відбуваються зміни, які послаблюють структуру зубів і їх з'єднання з підлягаючими тканинами щелепи. При відсутності окремих зубів навантаження на зуби, що залишилися, істотно зростає, що призводить до їхнього руйнування.
2. 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.
3. Навіть при загальному строку служби протезів до 3 років ніхто не може гарантувати, що стан опорних зубів під протезами не погіршиться.
4. Після встановлення ортопедичних конструкцій, особливо знімних, повинен пройти певний «період звикання», що передбачає прилаштування до певних незручностей.
5. Під час експлуатації протезів (особливо при збільшенні навантаження) можливі ускладнення: виникнення переломів протезів, тріщин, відколов облицювального матеріалу, зміни кольору, стирання зубів-антагоністів (з протилежним розміщенням), виникнення ділянок підвищеної 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) тощо. 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.
6. На тривалість строку служби протезів впливає додержання належної гігієни порожнини роту, рекомендацій лікаря щодо режиму харчування, експлуатації та догляду за протезами, а також стан здоров'я пацієнта.
7. Наслідками відмови від протезування можуть бути:
 - перелом зуба при відмові від покриття зуба коронкою або накладкою після проведеного ендодонтичного лікування;

- прогресування зубощелепних деформацій, подальше зниження ефективності жування;
- погіршення естетики;
- порушення функції мовлення;
- прогресування захворювань пародонта;
- швидка втрата зубів, які залишилися;
- захворювання жувальних м'язів і скронево-нижньощелепного суглоба;
- загальносоматичні захворювання шлунково-кишкового тракту;
- невропатії.

Зі мною узгоджені:

1. Індивідуальний рекомендований план лікування та підготовка до нього. Мене також повідомлено про можливість уточнення діагнозу та плану лікування в процесі лікування.
2. Методи та способи запропонованого лікування, а також матеріали, що будуть використовуватися в процесі лікування.
3. Вартість окремих етапів та лікування в цілому. Я розумію, що під час та після лікування стан здоров'я може змінюватися, тому, за розсудом лікаря, для досягнення сприятливого результату може бути призначена додаткова чи альтернативна терапія. Про зміни вартості лікування лікар повідомить мене додатково.
4. Строки проведення лікування. Мене також попереджено, що строки лікування можуть бути продовжені у випадку нерегулярного відвідування, невиконання рекомендацій лікаря або через біологічні особливості стану тканин ротової порожнини.

Я повністю усвідомлюю та погоджуюсь з наступним:

1. Я розумію необхідність якісної підготовки зубів і тканин пародонта (зв'язки зуба, кістку, лунку зуба, ясна та надкисниця) до протезування, а також необхідність їхнього рентгенологічного обстеження. Лікар пояснив мені необхідність суворо дотримуватись послідовності проведення всіх етапів протезування, його термінів.
2. Умовою ефективного лікування є виконання плану індивідуальних профілактичних заходів, що рекомендовані лікарем. Я погоджуюсь дотримуватись проведеного зі мною інструктажу з приводу догляду за протезами та ротовою порожниною, а також виконувати всі інші рекомендації лікаря, у т.ч. щодо режиму та обмежень у харчуванні; приходити на контрольні профілактичні та рентгенологічні огляди за графіком, узгодженим з лікарем.
3. Я погоджуюсь на тип анестезії за вибором лікаря. Я проінформований (на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я надав (ла) лікарю всю відому мені інформацію щодо стану мого здоров'я, наявних захворювань відповідно до анкети пацієнта та повідомив (ла) про всі алергічні реакції на медичні препарати та анестетики, що мали місце.
4. У випадку виникнення непередбачуваних ситуацій чи ускладнень під час медичних втручань я заздалегідь даю згоду на застосування всіх необхідних можливих заходів з їх усунення.
5. Я проінформований (-на) про гарантійні зобов'язання на протезні конструкції: після проведення протезування гарантійний строк складає _____, а строк служби _____ з дати здачі протезної конструкції, за умови дотримання всіх рекомендацій лікаря.
6. Я зобов'язуюся один раз на _____ місяців відвідувати лікаря з метою з'ясування стану протезної конструкції. У випадку невиконання мною цих зобов'язань Центр звільняється від відповідальності за подальшу долю протезних конструкцій.
7. Якщо під час протезування чи протягом дії гарантійних строків стоматологічна ситуація у моїй порожнині рота значно зміниться (через травми, загострення хвороб тощо) або я забажаю змінити конструкцію, дизайн чи матеріал попередньо узгоджених протезів, то така переробка буде здійснюватися платно з повним відшкодуванням витрат Центру.
8. Я маю право відмовитися від запропонованого лікування на будь-якому етапі його здійснення. Мені роз'яснені всі можливі наслідки такої відмови при наявному захворюванні і його можливе прогресування при незавершеному лікуванні. Я усвідомлюю, що у випадку відмови від завершення лікування в Центрі лікар не несе відповідальності за подальші результати лікування.

Я даю згоду на фотографування та/або відеозйомку обличчя та ротової порожнини до, під час та після лікування. Я розумію, що це необхідно для здійснення діагностично-лікувального процесу та контролю перебігу захворювання. Ці матеріали та медична карта є власністю Центру та можуть бути опубліковані в медичній літературі або продемонстровані для медичного навчання без ідентифікації особистості.

Я даю згоду на обробку та внесення до локальної інформаційної системи Центру персональних даних, у т.ч. щодо стану здоров'я, діагнозів, призначеного лікування, його перебігу.

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