

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**на проведение ортопедического лечения**

Я Иванов Иванов Иванович согласен(на) с этапами ортопедического лечения и доверяю его провести врачу

(Ф.И.О врача)

ООО «Дент-Реал» для лечения дефектов зубов и (или) зубных рядов челюстей.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен(а) о последствиях отказа от протезирования, об альтернативных методах протезирования и о всех возможных осложнениях, которые могут произойти в процессе изготовления протезов и во время их эксплуатации.

Я понимаю необходимость качественной подготовки зубов и тканей пародонта к протезированию, а также необходимость их рентгенологического обследования.

Врач объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, соблюдать сроки и последовательность их проведения.

Я также осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я проинформирован(а) врача о всех случаях аллергии к лекарственным и другим средствам в прошлом и в настоящее время, и предупрежден(а) о возможности возникновения аллергии на некоторые стоматологические материалы, применяемые для изготовления зубных протезов (металлы, пластмассы и др.).

Я понимаю, что протезирование является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция, не может иметь 100%-ной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования.

Я понимаю, что в зубочелюстной системе с возрастом происходит изменения, ослабляющие структуру зуба и его соединение с подлежащими тканями челюсти. При отсутствии зубов нагрузка на оставшиеся зубы существенно возрастет и это приводит к их разрушению. Поэтому я обязуюсь выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами, а также обязуюсь приходить на контрольные осмотры в соответствии с установленным планом лечения.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях, возникающих во время эксплуатации протезов (особенно при увеличении нагрузки), в т.ч. возникновении переломов протезов, трещин, отколов облицовочного материала, изменении цвета, стирании зубов-антагонистов, возникновении участков повышенной окклюзии, обострении хронических процессов в опорных зубах и др.

Я согласен(на), что нет 100%-ной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с действительным и понимаю, что при сроке гарантии на протезы 3 лет, никто не может гарантировать безупречное состояние опорных зубов под протезом.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих в стоматологической клинике ООО «Дент-Реал» и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязываюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и сознательно даю согласие на вышеоговоренное стоматологическое лечение, и что все связанные с ним объяснения были сделаны.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и сознательно даю согласие на вышеоговоренное стоматологическое лечение и что все связанные с ним объяснения были сделаны. Все, что я не понял(а), было объяснено мне.

Пациент (Ф.И.О) подпись _____ Петров Пётр Петрович

«23» октября 2024

Врач(Ф.И.О) подпись _____ «23» октября 2024