

**Общество с ограниченной ответственностью
«БЕНАДЕНТ»**

ИНН 9715467390 КПП 7715010012 ОГРН 1237700839276

Место нахождения: 127055, Россия, город Москва, улица Тихвинская, дом 9, п.2

Телефон: 8(926)5221414. Электронная почта: benadent@yandex.ru

Лицензия № Л041-01137-77/01193662 выдана Департаментом Здравоохранения Москвы от 13.05.2024

Приложение № 2
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ {НомерКарты} от {ДатаПервогоПриемаЧислом} г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ УСЛОВНО СЪЁМНЫМИ, СЪЁМНЫМИ И
КОМБИНИРОВАННЫМИ ПРОТЕЗАМИ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ**

1. Настоящее информированное согласие разработано на основании ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Приказов Минздравсоцразвития РФ № 390н от 23.04.2012 г. и Минздрава РФ № 1051н от 12.11.2021 г.
2. Согласно ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 года № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольное информированного согласия пациента в письменной форме.
3. Информированное добровольное согласие на ортопедическое лечение условно съёмными, съёмными и комбинированными протезами даёт пациентом либо его законным представителем один раз при первичном обращении в медицинскую организацию и действительно в течение всего срока оказания услуг в медицинской организации.

Я, Пациент {ФамилияИмяОтчество}, {ДатаРождения},
(Ф.И.О., дата рождения)

зарегистрированный (проживающий) по адресу (нужное подчеркнуть): {АдресРегистрации}

законный представитель Пациента: _____,
(Ф.И.О., дата рождения)

зарегистрированный (проживающий) по адресу (нужное подчеркнуть): _____

перед началом медицинского вмешательства проинформирован(а) лечащим врачом об установленном мне (представляемому мной лицу) диагнозе, а именно:

Мне разъяснено, что ортопедическое лечение частично-съёмными, съёмными и комбинированными протезами - это медицинское вмешательство, которое своей целью имеет восстановление анатомической целостности зубных рядов путем изготовления зубного протеза, обеспечивающего восстановление анатомической формы зубов с учетом его цвета, формы и оттенков, а также адекватное распределение нагрузки за счет восстановления контактов с зубами-антагонистами. Такими зубными протезами обычно замещается значительный дефект зубного ряда, когда на челюсти отсутствует большая часть или все зубы.

Протезы данной категории бывают:

1. Пластиночные съёмные протезы (частичные и полные)- представляют собой пластмассовое основание (базис) с закрепленными в нем искусственными зубами. Базис изготавливается из акриловых пластмасс. По способу фиксации, их можно поделить на: протезы с функциональной присасываемостью (за счёт «клапанной» зоны), протезы на кламмерах (на крючках).
2. Бюгельные протезы (с замковым, кламерным или телескопическим креплением) - представляют собой металлическую дугу, на которой закреплены пластмассовые базисы и искусственные зубы.
3. Комбинированные протезы представляет собой протез, состоящий из элементов частей съёмного и несъёмного протезирования. К таковым относятся съёмные пластиночные протезы, прикрепляемые к имплантатам с помощью замковых креплений, специальных балок и тд.

Лечащий врач понятно объяснил мне, что ортопедическое лечение состоит из клинических (работа врача в полости рта) и технических (с участием зубо-технической лаборатории) этапов.

Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба(ов), прогрессирование зубочелюстных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая потеря зубов, которые остались в наличии, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатологии.

Я информирован(а), что альтернативными методами лечения является восстановление утраченных зубов имплантатами и последующее протезирование.

Мне разъяснено и понятно, что для предотвращения заболеваний пародонта, височно-нижнечелюстного сустава, сколов керамики, переломов протеза и многих других осложнений необходимо особо точное определение правильного контакта зубов-антагонистов при всех движениях нижней челюсти. Для этого бывает необходима ВЗАИМНАЯ пришлифовка верхних и нижних зубов, как своих, так и искусственных. В случае сильных зубочелюстных деформаций возможна настолько сильная пришлифовка зубов-антагонистов, что это может быть показанием к депульпированию этих зубов и покрытию их коронками. Я соглашаюсь с тем, что при протезировании с опорой на зубы есть необходимость обтачивания зубов (препарирования эмали) для установки коронок, накладок, виниров, замковых креплений систем фиксации съемного протезирования). На обточенные зубы надевают временные пластмассовые коронки, которые приклеивают на временный цемент, и они будут служить до изготовления постоянных коронок. На временные коронки гарантия не распространяется.

Как только обе части (съемная и несъемная) будут изготовлены, они должны быть сразу же наложены, так как временные коронки не выполняют полностью тех функций, которые должны выполнять постоянные коронки.

Я соглашаюсь с тем, что для опоры протеза необходимо провести депульпирование (удаление нервов, при этом зуб становится неживым, но успешно выполняет функцию опоры протеза) и пломбирование каналов зубов.

Я согласен(а) с тем, что при протезировании с использованием бюгельного протеза на опорных зубах будут видны фиксирующие элементы (кламмера, замки).

Мне также **разъяснена** необходимость применения **местной инъекционной анестезии** обезболивания, целью которой является предотвращение чувства боли и проведение комфортных безболезненных медицинских манипуляций.

Я проинформирован(а), что длительность эффекта от анестезии может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетик, способа введения, методики проведения и индивидуальной восприимчивости организма.

Я уведомлен(а) о возможных дискомфортных состояниях в процессе постановки и действия анестезии: чувство распирания, давления при введении анестетика, временное ощущение припухлости десны, ощущение отека мягких тканей, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функции глотания, жевания и речи, ощущение уменьшения подвижности в области проводимых манипуляций, образование гематом в месте проведения анестезии, отечность десны в области инъекции (несколько дней), болезненные ощущения в месте ввода раствора анестетика (в течение 3-5 дней). А также о возможных рисках и осложнениях при проведении местной анестезии и после ее завершения: токсическое действие (судороги, понижение или повышение артериального давления, сонливость, аритмии, угнетение или остановка дыхания. Аллергические реакции: обморок, коллапс, отёк Квинке различной степени выраженности, анафилактический шок, зуд кожных покровов, высыпания на коже, зуд глаз слезотечение, заложенность носа

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что практически все вышеуказанные виды протезов нуждаются в дополнительной коррекции после их наложения. Обычно для таких коррекций требуется не менее 3-4 посещений.

Съемные протезы являются инородным телом в полости рта, привыкание к которому требует терпения и времени.

Я понимаю, что во время эксплуатации надлежащим образом изготовленных и установленных протезов (особенно при пережевывании и откусывании с силой), есть вероятность возникновения переломов протезов, трещин и отколов облицовочного материала искусственных зубов, появление натертостей на деснах, изменение цвета протеза, стирание зубов, обострение хронических процессов в опорных зубах и др.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства: индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи, изменение внешнего вида лица и улыбки, фонетики, постепенное ослабление фиксации протезов, их деформация, перелом, трещины или скол облицовочного материала. Также возможна повышенная чувствительность зубов после их шлифовки, а иногда и изменения вкусовых и температурных ощущений.

При наличии патологии височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникнуть осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов.

Мне разъяснено, что при появлении вышеуказанных последствий и осложнений после завершения лечения или любого из его этапов мне (представляемому мной лицу) необходимо незамедлительно обратиться в клинику **ООО «БЕНАДЕНТ»** для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Так же я предупрежден о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

В случае нарушения пациентом врачебных рекомендаций и назначений, неудовлетворительной гигиены полости рта, неявки на профилактический и контрольный осмотр, отказа или несвоевременного проведения коррекции съемного протеза (перебазировки), активации кламмеров, замены удерживающих матриц, вмешательства в конструкцию протеза самостоятельно или силами третьих лиц все гарантийные обязательства утрачиваются и любые последующие модификации, починки и переделки будет проводиться за дополнительную плату согласно прайсу клиники даже в пределах гарантийного срока.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения. Мне даны исчерпывающие ответы и разъяснения на все заданные мной вопросы.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета (в том числе о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях, и аллергических реакциях) заполнена мною лично и содержащаяся в ней информация достоверна.

Я, Пациент (законный представитель), {ФамилияИмяОтчество}

настоящим даю согласие на _____
врачом {ФамилияИмяОтчествоВрача}

Я подписываю настоящее информированное согласие, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя, обладая всей информацией для принятия решения, полностью осознавая, что беру на себя ответственность за принятое мной решение (дачу согласия) относительно проводимых со мной медицинских манипуляций.

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предоставлена вся достоверная информация об оказываемой медицинской помощи, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, а также вся необходимая информация о предстоящем моем (представляемом мной лицом) лечении. При таких условиях я _____ (согласен(на) / не согласен(на)- нужно вписать собственноручно) с названными условиями проведения лечения.

Подписание данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) медицинского вмешательства.

Настоящий документ является неотъемлемой частью медицинской карты.

Во всем вышеизложенном я, Пациент (законный представитель Пациента), расписался собственноручно.

Настоящее согласие дано мной {ТекущаяДатаПолная} г. и действует до полного окончания лечения (исполнения Договора об оказании медицинских услуг).

Дата: {ТекущаяДатаПолная} г.

Пациент: _____ ({{ФамилияИО}})
(подпись) (фамилия, инициалы)

Законный представитель: _____ (_____)
(подпись) (фамилия, инициалы)

Лечащий врач: _____
(специализация)

_____{(подпись)} ({ФамилияИмяОтчествоВрача})
(фамилия, инициалы)

[illegible]