

Согласие на ортопедическое лечение

Даю согласие на ортопедическое стоматологическое лечение с применением местной инъекционной анестезии, в соответствии с планом лечения в АО «Dent-Lux»

1. Меня информировали о цели и характере предполагаемого лечения, существующих способах и методах лечения.

2. Со мной согласована предварительная стоимость лечения, которая может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

3. Я предупрежден (а) о возможности коррекции намеченного плана лечения и его стоимости в зависимости от ситуации, складывающейся в процессе его реализации, о чем меня своевременно предупредит лечащий врач.

4. Понимая сущность предложенного ортопедического лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать стабильность достигнутых результатов в долгосрочной перспективе. Я понимаю, что мне гарантировано, что все необходимые и согласованные со мной манипуляции будут выполнены в соответствии с существующими стандартами и требованиями.

5. Меня проинформировали, что зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается иволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него), которое проявляется в рецессии (убыли) десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов в связи с чем, периодически, возникает необходимость коррекции или переделки протеза. Также возможна расцементировка протеза.

6. Я осознаю и согласен(а) с тем, что изготовленные зубные протезы не могут точно повторять анатомическую форму и положение в зубном ряду удаленных ранее зубов, т.к. произошедшие анатомические изменения в альвеолярном отростке не позволяют достичь желаемого результата.

7. Я понимаю, что привыкание к зубным протезам происходит постепенно. После протезирования наступает период адаптации, который длится от одной недели до полугода. Протезом нужно пользоваться аккуратно и бережно.

8. Я информирован (а) о том, что при не востребованности пациентом ортопедической конструкции сроком свыше 3 месяцев Клиника не несет ответственности за качество протеза (соответствие его протезному ложу через данный промежуток времени) и их сохранность. Данный протез будет переделываться за счет средств Пациента.

9. Я понимаю необходимость соблюдения тщательной гигиены полости рта, регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, установленному для меня) и выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами и протезами.

10. Меня информировали, что общий гарантийный срок на ортопедическую работу составляет 12 месяцев.

Гарантия на ортопедические работы не распространяется; на втулки (матрицы) и перебазировку протеза; на ремонт зубных протезов выполненных за пределами гарантийного срока, а также на любой ремонт протезов, изготовленных в других клиниках; при естественном износе матриц замковых съемных протезов; на установку временных ортопедических конструкции; наличие подвижности зубов. Если по вине Пациента временные конструкции не заменены на постоянные; при наличии сопутствующего заболевания: пародонтит, пародонтоз; Мне известно, что действие гарантии прекращается: в случае отказа пациента от завершения согласованного плана лечения; при несоблюдении рекомендаций врача; при несоблюдении гигиены полости рта; при неявке на очередной профосмотр и отказе от санации полости рта; при одновременном стоматологическом лечении в другой клинике; при снижении иммунологической реактивности организма Пациента.

11. Мне известно, что до момента сдачи ортопедической конструкции я имею право требовать переделки или корректировки работы.

12. Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к лекарственным и другим средствам в прошлом и в настоящее время. Я сообщил(а) врачу о всех имеющихся у меня заболеваниях и несу ответственность за негативные последствия, вызванные предоставлением не полной/не достоверной информацией о мое состоянии здоровья.

13. Я подтверждаю, что имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы касательно моего заболевания и его лечения и получил(а) на них полные и понятные ответы.

Я подтверждаю, что у меня была полная возможность прочитать вышеизложенное, и мне полностью понятен каждый пункт данного документа.

Журнал согласия пациентов на ортопедическое лечение.

№	ФИО пациента	Вид конструкции	Дата. Подпись об ознакомлении и согласии начала работы.	Дата. Подпись пациента о принятии работы и завершении лечения.	ФИО врача и подпись.

1					
2					
3					