

Ортопедиялық емдеуге келісім

Dent-lux клиникасының емдеу жоспарына сәйкес жергілікті инъекциялық анестезияны қолданып, ортопедиялық стоматологиялық емдеуге келісімді беремін.

1. Мен алдағы емдеудің мақсаты мен сипаты, қолдағы бар емдеу әдістері мен тәсілдері туралы ескертілдім.

2. Болжауға мүмкіндік болмайтын жағдайларға байланысты өзгеруі мүмкін емдеудің алдын ала құны туралы келістім.

3. Мен көзделген емдеу жоспарын түзету мүмкіндігі және емдеуші дәрігер уақытылы ескертетін емдеу барысындағы жағдайға тәуелді болатын ескертілген жоспардың құны туралы ескертілдім.

4. Ұсынылған ортопедиялық емдеудің мәнісін және өз ағзамның ерекшеліктерін түсіне отырып, мен ұзақ уақытылы келешектегі қол жеткізілген емдеу нәтижелерінің тұрақтылығына болжауды ешкім жасай алмайтынына келісемін. Барлық қажетті және өзіммен келісілген барлық манипуляциялар ағымдағы стандарттар мен талаптарға сәйкес орындалатынына маған кепілдік берілді.

5. Адамның өмір бойында тіс-жақ сүйек жүйесі қызыл иектің рецессиясы (кетуі), сүйек тінінің атрофиясы, жақ тінінің желінуі сияқты иволютивті дамуға (протез болса да, болмаса да) жататыны туралы ескертілдім, осыған байланысты уақыт сайын протезді түзету немесе қайта жасап отыру керек. Сонымен қатар, протездің цементтен босап кетуі мүмкін.

6. Мен жасалған тіс протездері бұрын жұлынып тасталған тістердің анатомиялық пішінін және тіс қатарындағы орналасуын дәл қайталайтынын білемін және келісемін, себебі альвеолярлық өсіндісіндегі орын алған анатомиялық өзгерістер күтілетін нәтижеге қол жеткізуге мүмкіндік бермейді.

7. Мен тіс протездеріне дағдылану бірте-бірте іске асатынын түсінемін. Протездеуден кейін бір аптадан жарты жылға дейін созылатын бейімделу кезеңі орын алады. Протезді мұқият және құнттап пайдалану керек.

8. Мен 3 айдан аса уақыт ішінде емделуші ортопедиялық конструкцияны қажет етпегенде Клиника протездің сапасына (уақыт аралығында протезді арнасына сәйкестігі) және сақтылығына жауап бермейтіні туралы ескертілдім. Осы протез Емделушінің қаражат есебінен қайта жасалатын болады.

9. Мен ауыз қуысының гигиенасын мұқият сақтау, дәрігерде әрдайым көрініп отыру қажеттілігін түсінемін және сондықтан қорытынды тексерістерге келуіме (мен үшін жасалған кесте бойынша) және тіс пен протездерді гигиеналық күту бойынша барлық ұсыныстарды орындауға міндеттенемін.

10. Мен ортопедиялық жұмыстарға қойылатын жалпы кепілдік мерзімі 12 ай екендігі туралы ескертілдім.

Ортопедиялық жұмыстарға берілетін кепілдік мыналарға таралмайды; протездің төлкесіне және негізін ауыстыруға (матрица); кепілдік мерзімінен кейін орындалған тіс протездерін жөндеуге, сонымен қатар басқа емханаларда жасалған протездердің жөндеу жұмыстарына; құлыпты шешілмелі протездің матрицасы кәдімгі қалыпта тозуы кезінде; уақытша ортопедиялық құрылымдарды орнатуға; тістің босап кетуі орын алғанда. Егер Емделушінің кінәсынан уақытша құрылымдар тұрақты құрылымдарға ауыстырылмаса; ілеспе ауру болғанда: пародонтит, пародонтоз; Мен кепілдіктің әрекет етуі мына жағдайларда тоқтатылатынын білемін: емделуші келісілген емдеу жоспарынан бас тартса; дәрігердің нұсқаулықтарын сақтамағанда; ауыз қуысының гигиенасын сақтамағанда; кезекті тексеруге келмегенде және ауыз қуысының жақсартудан бас тартқанда; басқа емханада бір уақытта стоматологиялық емдеу алғанда; Емделуші ағзасының иммунологиялық реактивтілігі төмендегенде.

11. Мен ортопедиялық құрылымды тапсырғанға дейін оны қайта жасауды немесе жұмысты түзетуді талап етуге құқылы екендігімді білемін.

12. Мен дәрігерді бұрындағы және қазіргі уақыттағы дәрілік және басқа заттарға деген барлық аллергия түрлері туралы ескерттім. Мен дәрігерді барлық бар аурулар туралы ескерттім және өзімнің денсаулығымның жағдайы туралы толық емес және/немесе қате ақпаратты беру салдарынан туындаған негативті нәтижелеріне жауап беремін.

13. Мен өзімнің дертім және оны емдеу туралы барлық сұрақтарды қоюға және оларға жауап алуға мүмкіндікті алдым.

Мен жоғарыда көрсетілген мәліметтерді оқуға мүмкіндік алғанды растаймын және маған осы құжаттың барлық тармақтары толығымен түсінікті.