№ карты

Информированное добровольное согласие на трехмерное планирование к ортогнатической операции с созданием предоперационного прикусного шаблона

Я, Проверочный Иван Иванович,

настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания

- ☐ K00 Нарушения развития и прорезывания зубов
- ☐ K01 Ретенированные и импактные зубы
- ☐ K06 Другие изменения десны и беззубого альвеолярного края
- ☐ K07 Челюстно-лицевые аномалии (включая аномалии прикуса)
- ☐ K08 Другие изменения зубов и их опорного аппарат

Мне разъяснено, что рекомендованное мне ортогнатическое лечение – это медицинское вмешательство, которое своей целью имеет лечение и профилактику зубочелюстных патологий, в том числе исправление прикуса, а также проводится в эстетических целях и является эффективным способом устранения дефектов и аномалий положения отдельных зубов, зубных рядов, прикуса. Это достигается воздействием специальной аппаратуры (съёмной или несъёмной, внутри или внеротовой, а также хирургическим вмешательством) на зубы, периодонт, и костную ткань челюстей.

Я был(а) информирован(а) лечащим врачом о том, что ортогнатическое лечение состоит из этапов:

1. Диагностический этап: осмотр, специальная фотография, снятие слепков челюстей, антропометрический анализ моделей челюстей, рентгенографическое исследование, расчёт конструкции аппарата, составление плана лечения. Я предупрежден(а), что для успешного лечения некоторых зубочелюстных аномалий, в частности «скученности зубов», необходимо создание дополнительного пространства за счет удаления некоторых зубов, апарации апроксимальных поверхностей зубов до 0,3 мм с каждой стороны. На данный вид медицинского вмешательства мне будет предложено к изучению и подписанию отдельное информированное добровольное согласие.
2. Этап проектирования: изготовление шаблона заключает фотометрию, компьютерное протезирование на программе Dolphin, моделирование и печать или отлив шаблона.

Так же в период проведения манипуляций в полости рта, анестезии, обработки зубов, снятии оттисков, корректировки прикуса возможна индивидуальная аллергическая реакция, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов, онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт.

Так же я предупрежден о том, что конечный результат оперативного вмешательства может иметь частичное отличие от трехмерного проектирования.

Я имел возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил на них удовлетворяющие меня ответы и на основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства врачом ООО «Эппл Дент».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья (в том числе после смерти):

_____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи.
- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.
- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

Беседу провел врач _____ /_____

(подпись)

Потребитель(Пациент) Проверочный Иван Иванович **согласился** с проведением медицинского вмешательства _____
(подпись)

(ф.и.о.)

Потребитель(Пациент) Проверочный Иван Иванович **отказался** от проведения медицинского вмешательства _____

Образец

(подпись)

(ф.и.о.)

Образец