

# ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

«Дизайн Улыбки»

---

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ЗУБОВ, ЗУБНЫХ РЯДОВ И ЧЕЛЮСТЕЙ

Подписывая данный документ, я, \_\_\_\_\_ добровольно даю свое согласие на проведение мне протезирования зубов и/или зубных рядов и/или **челюстей в области** \_\_\_\_\_. Я ознакомлен(а) и мне понятна информация о предложенном мне плане и длительности лечения, представляющего комплекс необходимых **терапевтических, хирургических, ортопедических, пародонтологических, стоматологических, физиотерапевтических воздействий на челюстно-лицевую область и весь организм в целом.** Врач ознакомил меня с наиболее рациональным планом подготовительного и основного этапов протезирования. Мне объяснено, что я могу дать свое согласие на их проведение с последующим соблюдением всех рекомендаций врача или отказаться от протезирования. Я предупрежден(а) и мне понятно, что последствиями моего отказа от комплекса лечебных и профилактических мероприятий могут стать развитие инфекционных осложнений, потеря зуба, **необратимые последствия для здоровья и жизни.**

Перед началом лечения я ознакомил(а) врача со всеми перенесенными и хроническими заболеваниями, аллергическими реакциями, оперативными и парентеральными вмешательствами, датой последних рентгенологических обследований, о чем свидетельствует моя подпись в истории болезни.

Я понимаю, что протезирование является возможностью сохранить постоянный зуб, предотвратить его перелом, удаление, деформацию зубных рядов, перегрузку височно-нижнечелюстных суставов, пародонта сохранившихся зубов. Результат зависит и от моего общесоматического здоровья.

Мне были предложены возможные альтернативные варианты протезирования. С учетом прогнозируемой длительности службы протеза, состояния опорных тканей зубов, эстетических и функциональных критериев, стоимости, требований к общесоматическому здоровью я выбрал(а) следующую конструкцию протезов:

---

Я получил(а) и обязуюсь выполнять рекомендации врача, касающиеся особенностей гигиены полости рта, режима и рациона питания, выполнения назначенных процедур, кратности визитов к врачу.

Меня информировали о гарантийных обязательствах на изготовленный протез (один год) и сроках службы, замены протеза (два-пять лет).

Я предупрежден(а), что существует вероятность частичного или полного изменения плана протезирования из-за возникших непредвиденных обстоятельств.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы.

Я проинформирован(а), что проведение местной анестезии связано с риском развития осложнений (временное ограничение открывания рта, развитие аллергических реакций) и тем не менее я даю согласие на ее проведение.

Я внимательно ознакомился и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны. Добровольно даю свое согласие на проведение мне протезирования зубов и/или зубных рядов и/или **челюстей.**

П а ц и е н т :

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Дата . . 2013 г.

Расписался (расписалась) в моем присутствии

Врач \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_