

Я, \_\_\_\_\_ соглашаюсь на осмотр,

консультацию, ортопедическое лечение, которое будет проводить врач стоматолог-ортопед \_\_\_\_\_

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан**

Я, \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным

ФИО полностью, год рождения \_\_\_\_\_

Мой врач тщательно осмотрел мою полость рта и я получил(а) подробную информацию о состоянии моих зубов, которая внесена в мою стоматологическую карту. Я понимаю, что неблагоприятное в полости рта (неполноценные зубные ряды, зубочелюстные деформации, заболевания зубов и десен) может привести к негативным последствиям для организма в целом.

**Я понимаю**, что протезирование - это заключительный этап ортопедического лечения, для осуществления которого необходимо проведение ряда подготовительных работ, таких как санация полости рта, дополнительное депульпирование зубов, а также необходимые хирургические, пародонтологические мероприятия и др.

**Я согласен** с предложенным мне лечащим врачом планом протезирования. Я проинформирован о возможных проявлениях аллергии при взаимодействии со стоматологическими материалами в момент проведения работ и при контакте с готовыми протезами.

При проведении хирургических вмешательств могут увеличиваться сроки изготовления протезов.

Не согласованные с лечащим врачом перерывы в работе могут привести к разрушению зубов, зубочелюстным деформациям и как следствие - изменению плана протезирования или невозможности продолжать протезирование.

При наличии патологий височно-нижнечелюстных суставов и других психомиофункциональных расстройств могут возникать осложнения в виде затрудненной адаптации к протезам, чувства тошноты, нарушений функций речи, жевания, глотания, поломок протезов. Возможны скрытые технологические дефекты, влекущие за собой увеличение сроков изготовления протезов, а в отдельных случаях может возникнуть необходимость изготовления нового протеза не за счет пациента.

**Я предупрежден(а)** о возможных осложнениях во время и после ортопедического лечения:

- отеки слизистой оболочки рта, зуд, гиперемия, повышение кровоточивости десен;
- появление натертостей при съемном протезировании;
- рвотный рефлекс;
- ухудшение эстетического эффекта протезирования из-за отказа удалять зубы;
- аллергическая реакция на материалы съемных протезов;
- изменение дикции, вкусовых ощущений, а также характера слюноотделения;
- плохая фиксация пластиночных съемных протезов при выраженной атрофии альвеолярных гребней;
- переломы и сколы различных видов съемных протезов;
- возможная необходимость перебазиловки съемного протеза из-за атрофии альвеолярного гребня после удаления зубов;
- асфиксия во время сна в случае неснятия полных съемных пластиночных протезов перед сном; травматизация слизистой оболочки рта;
- плохая фиксация и стабилизация протезов;
- сколы облицовки постоянных протезов из-за неправильного использования;
- расцементировка при постоянной или временной фиксации;
- возможное изменение плана протезирования и, как следствие, стоимости работ при несостоятельности опорных зубов или при изменении пожеланий пациента;
- появление запаха изо рта и образование налета на пластиночных, бюгельных и эластичных протезах из-за несоблюдения пациентом гигиены полости рта;
- изменение сроков протезирования.

**Я удостоверяю**, что текст моего информированного добровольного согласия на ортопедическое лечение мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Оплата услуг стоматолога-ортопеда производится на условиях предоплаты в размере 50% от составленного плана лечения, остальные 50% от составленного плана лечения Заказчик обязан оплатить на последнем визите. Ортопедические работы, не входящие в план лечения, Заказчик обязан оплатить по факту оказания услуг.

Вынужденное изменение плана протезирования неизбежно влечет за собой изменение общей стоимости работ. **Я понимаю**, что полностью отвечаю за всю стоимость лечения с учетом возможной корректировки плана протезирования, о чем я буду немедленно информирован.

**Я принимаю решение** приступить к лечению на предложенных условиях.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_ Подпись врача