

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

та зобов'язання пацієнта щодо проведення протезування (підготовку до протезування, виготовлення та встановлення ортопедичних конструкцій)

Пацієнта _____

Я проінформований(на) всією необхідною мені інформацією про заплановане лікування і я згоден(на) з запропонованими умовами проведення медичного втручання — стоматологічного протезування, яке включає підготовку, виготовлення та встановлення ортопедичних конструкцій відповідно до запропонованого плану лікування, зазначеного у моїй медичній картці.

Я підтверджую, що у повністю зрозумілому вигляді мені була надана інформація стосовно стану мого здоров'я, поставленого діагнозу, наслідків відмови від протезування чи його відстрочення, а також найбільш ефективних для мене методів протезування та конструкцій. Мені пояснені альтернативні способи усунення дефектів зубного ряду (при відсутності одного чи кількох зубів), у т. ч. імплантацію, але я віддаю перевагу саме протезуванню з використанням _____.

У доступній для мене формі мене проінформовано та я повністю розумію мету, суть, споживчі властивості, ризики та ускладнення, що можуть виникнути при підготовці до протезування, встановленні обраної мною ортопедичної конструкції, а також при її подальшій експлуатації, а саме:

1. Головною метою сучасного протезування та підготовки до нього є збереження власних зубів пацієнта, з подальшим використанням їх частин.

2. У зубо-щелепній системі кожної людини з віком відбуваються зміни, які послабляють структуру зубів і його з'єднання з підлягаючими тканинами щелепи.

3. При відсутності окремих зубів навантаження на зуби, що залишилися, істотно зростає, і це призводить до їхнього руйнування.

4. Незважаючи на можливості сучасної стоматології, ніколи немає стовідсоткової гарантії збігу очікуваного пацієнтом результату з дійсним результатом протезування. Естетичні уподобання щодо форми, розміру, кольору штучних зубів кожного пацієнта індивідуальні та навіть можуть з часом змінюватися.

5. Неможливо гарантувати, що стан опорних зубів під протезами не погіршиться.

6. Після встановлення ортопедичних конструкцій, особливо тих що знімаються, повинен пройти певний «період звикання», що передбачає прилаштування до певних незручностей.

7. Під час експлуатації протезів можливі ускладнення, зокрема, виникнення переломів протезів, тріщин, відколів облицювального матеріалу, зміни кольору, стирання зубів антагоністів (з протилежним розміщенням), виникнення ділянок підвищеної оклюзії (зміна змикання зубів), загострення хронічних процесів в опорних зубах, алергічні реакції на деякі стоматологічні матеріали, застосовувані для виготовлення зубних протезів (метали, пластмаси, відбиткові маси та ін.) тощо. Через дію хімічних речовин, ліків, деяких харчових продуктів колір протезів може змінюватися, а при стоматологічному відбілюванні колір протезів може не збігатися із загальним кольором природних зубів пацієнта.

Я розумію необхідність якісної підготовки зубів і тканин пародонта (зв'язки зуба, кістки, лунки зуба, ясен та надкисниці) до протезування, а також необхідність їхнього рентгенологічного обстеження. Лікар пояснив мені необхідність суворого дотримання послідовності проведення всіх етапів протезування, його термінів.

Я обізнаний(а) про можливі ускладнення при проведенні анестезії, застосування якої зі мною погоджено.

Я підтверджую згоду та зобов'язання дотримуватися проведеного зі мною інструктажу з приводу догляду за протезами та ротовою порожниною. Я зобов'язуюся регулярно відвідувати мого лікаря та виконувати всі його вказівки та приписи.

Я знаю та розумію, що практична стоматологія не є точною наукою і, що не може бути 100 % гарантії на результат протезування навіть при ідеальному виконанні всіх його клінічних і технологічних етапів.

Я надав (-ла) моєму лікарю всю необхідну інформацію про своє фізичне та психічне здоров'я.

Якщо під час протезування чи протягом дії гарантійних термінів стоматологічна ситуація у моїй порожнині роту значно зміниться (через травми, загострення хвороб тощо), або я забажаю змінити конструкцію, дизайну чи матеріал попередньо узгоджених протезів, то така переробка буде здійснюватися платно з повним відшкодуванням витрат.

Я проінформований (-на), що після проведення протезування гарантійний термін складає _____, а строк служби _____ з дати здачі протезної конструкції, за умови дотримання всіх рекомендацій лікаря.

Я зобов'язуюся один раз на _____ місяців відвідувати лікаря з метою з'ясування стану протезної конструкції. У випадку невиконання мною цих зобов'язань лікар звільняється від відповідальності за подальшу долю протезних конструкцій.

*На всі мої запитання лікар дав вичерпну відповідь і я повністю розумію
і погоджуюсь з тим, про що написано вище.*

Підпис _____

«14» листопада 2024
(дата)