Приложение № 1

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. N 1051н

**Информированное добровольное согласие**

**на проведение ортопедического вмешательства**

Я,**{ФИОПациента}**, **{ДатаРожденияПациента}** г. рождения, зарегистрированный по адресу:**{АдресПациента}**даю информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в {НазваниеСтруктурнойЕдиницы}. Медицинский работник {ВрачПриёма} обосновал необходимость проведения медицинского стоматологического ортопедического лечения. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом медицинского стоматологического ортопедического лечения.

Меня ознакомили с возможными альтернативными вариантами медицинского стоматологического ортопедического лечения, которые, в моем случае, будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза; профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа). Последствия отказа от медицинского стоматологического ортопедического лечения могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведенного эндодонтического лечения; прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевательной функции; ухудшение эстетики; нарушение речевой функции; прогрессирование заболеваний пародонта; быстрая утрата зубов остаточного прикуса; заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава; возможное возникновение или обострение общесоматических заболеваний желудочно-кишечного тракта, нейропатологии.

Врач в доступной форме объяснил мне необходимость строго следования этапам протезирования, соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу для того, чтобы исключить некачественное оказание медицинской стоматологической ортопедической помощи.

Предложенный вариант оказания мне медицинской стоматологической ортопедической помощи поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я осознаю и понимаю, что протезирование является медицинским вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, стандартов и алгоритмов оказания медицинской стоматологической помощи. Полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа (как если бы у человека снова выросли зубы). Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое может проявляться в рецессии десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов. По этой причине, через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютных процессов, и, которое у каждого человека строго индивидуально, возникает необходимость коррекции, либо полной переделки протеза.

Я осознаю и понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача-стоматолога, и, поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, установленному лечащим врачом и указанному в моей медицинской карте стоматологического больного).

Я даю согласие на применение анестезии и осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии при приеме анальгетиков и антибактериальных препаратов.

Я в полном объеме проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья, особенностях моего организма, о наличии у меня заболеваний, о всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время, о принимаемых мною лекарственных препаратах, противопоказаниях, о наблюдении и лечении у врачей других специальностей.

Понимая сущность предложенного медицинского стоматологического ортопедического лечения и уникальность собственного организма, я согласен (а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Мне в доступной форме объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я подтверждаю, что мне разъяснены в доступной для меня форме цели, методы оказания медицинской стоматологической помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

{ФИОПациента}

                                                                                                                     (подпись)

{ВрачПриёма}

                                                                                                                     (подпись)

{ДатаДоговора}