



# Добровольное информированное согласие на лечение дисфункции височно-нижнечелюстного(ых) сустава(ов) с применением ортопедических конструкций (шинотерапию) в ООО «НИКОР-МЕД»

Я, \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_,  
зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_

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

Я \_\_\_\_\_ (ф.и.о.), паспорт: \_\_\_\_\_,  
выдан: \_\_\_\_\_,  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_,  
(ФИО ребенка или недееспособного гражданина – полностью)

в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю **добровольное информированное согласие** на предложенное мне либо лицу, законным представителем которого я являюсь, **медицинское вмешательство: лечение дисфункции височно-нижнечелюстного(ых) сустава(ов) с применением ортопедических конструкций** \_\_\_\_\_ (указать вид/метод) по поводу диагноза: \_\_\_\_\_ (наименование и код по МКБ-10)

Настоящее согласие дано ООО «НИКОР-МЕД», имеющему лицензию на право осуществления медицинской деятельности № ЛОУ-50-01-007952 от 18 августа 2016 г., выдана Министерством здравоохранения Московской области., (далее - Клиника). На проведение мне вышеуказанных медицинских вмешательств я уполномочиваю врача – \_\_\_\_\_

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствий, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства, или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Я согласен(а) с предложенным мне планом лечения, информирован(а) о его стоимости и сроках исполнения.

Я понимаю, что преимуществами метода являются функциональность, фиксация оптимального соотношения челюстей для лечения и профилактики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, а также возможность выравнивать небольшие деформации зубных рядов и сохранять на длительный срок коронковые части зубов, предотвращая их дальнейшее стирание и скалывание, делать улыбку гармоничной и предупреждать в будущем развитие патологической симптоматики со стороны мышц, нервов лица и височно-нижнечелюстного сустава.

Я информирован (а) о том, что последствиями отказа от данного вида лечения могут быть: перелом зубов, дальнейшее стирание зубов и уменьшение эффективности жевания, прогрессирование заболевания жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава и его симптомов, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, изменение контуров лица, ухудшение эстетики, прогрессирование заболеваний пародонта, и, возможно, постепенная утрата оставшихся зубов.

Я понимаю, что ортопедическое лечение- это сложный и многоэтапный комплекс мероприятий, направленных на нормализацию функционального и эстетического состояния всей зубочелюстно-лицевой системы и организма в целом.

Я информирован(а) о том, что этот вид лечения характеризуется длительностью (от двух недель до года и более) и сложностью, обусловленной серьезностью вмешательства в зубочелюстно-лицевую систему и организм.

В случае необходимости изменения привычного патологического положения нижней челюсти относительно верхней, а также увеличения высоты прикуса (при патологической стираемость™ зубов, гипертонусе жевательных мышц, деформациях зубных рядов, привычке сжимать зубы сознательно или бессознательно - во сне и т.п.) - перед этапом обработки зубов добавляется этап перестройки мышечных рефлексов с помощью ношения съемного или несъемного ортопедического аппарата - в течение от 2 недель до 12 месяцев с периодической коррекцией после аппаратного расслабления мышц.

Я информирован(а) и понимаю, что в связи с индивидуальными особенностями ответных реакций человеческого организма на сто-

матологические манипуляции я должен(а) быть готов(а),

особенно на этапах начала сплент-терапии - к дискомфорту, возможным периодическим болевым ощущениям от температурных раздражителей и при надавливании на зубы, а также легкой дислексии. Возможна также отечность слизистой оболочки и мягких тканей лица. Все эти явления со временем проходят. Я должен(а) сообщить доктору о беспокоящих меня симптомах и провести мероприятия по минимизации дискомфорта.

Я проинформирован(а) и понимаю, что в случае, если я отношусь к пациентам, которые страдают бруксизмом и не могут контролировать сильное сжатие челюстей (в том числе бессознательно, во сне) - у меня возможны сколы, расцементировка и механические повреждения постоянных ортопедических конструкций.

Я информирован о том, что данный вид медицинского вмешательства не даёт полностью гарантируемый результат в связи с индивидуальными особенностями.

Я информирован(а) и понимаю, что для сохранения функции и достижения длительности терапевтического эффекта и профилактики ухудшения состояния мне необходимо:

тщательно соблюдать индивидуальную гигиену полости рта, чистить зубы 2 раза в день после приема пищи (после завтрака и после ужина, после обеда возможно полоскание полости рта водой); пользоваться ультразвуковой зубной щеткой, флосом и ирригатором. Нарушение мной правил индивидуальной гигиены полости рта может повлечь за собой возникновение вторичного кариеса под ортопедическими конструкциями, а также осложнения воспалительного характера - гингивит и пародонтит, которые, в свою очередь, могут привести к изменению внешнего вида и устойчивости ортопедических конструкций;

исключить из употребления в пищу особенно твердые продукты, а также избавиться от некоторых вредных привычек, которые могут механически повредить ортопедические конструкции и другие реставрации зубов (например, не грызть семечки, орехи, кости, откусывать нитки и т.п.);

в случае занятий активными видами спорта, а также при бруксизме и привычке сжимать зубы требуется изготовление специальной защитной каппы для ношения во время занятий спортом или ночью;

регулярное проведение профессиональной гигиены полости рта в условиях стоматологической клиники с частотой не реже 2-3 месяцев (в зависимости от индивидуальной клинической картины состояния полости рта).

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций лечащего врача. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне га-

рантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов, инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима. Я понимаю необходимость рентгенологического исследования до лечения, во время лечения и после лечения, а также при проведении периодических осмотров в указанные сроки и согласен(а) на его проведение, обязуюсь приходить на контрольные осмотры и соблюдать гигиену полости рта. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования, от рентген-обследования в виде трехмерной компьютерной томографии врач не сможет провести качественную диагностику, лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/ здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее, а так же в случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, стоимость лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Я понимаю, что при изменении моего состояния или появлении новой информации о моем состоя-

нии может появиться необходимость корректировки плана лечения для лучшего удовлетворения моих интересов, Я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач. Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.

Настоящим я даю согласие на проведение медицинской фото- и/или видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных, а также понимая, что эти фотографии или видеозапись останутся собственностью врача/Клиники. Фото- и видеосъемка производится для цели фиксирования результатов медицинского вмешательства. Я разрешаю лечащему врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий имя мое/лица, чьи интересы я представляю не будет упомянуто.

Я предупрежден(а) лечащим врачом о строгом соблюдении режима во время проведения медицинского вмешательства и после него, о необходимости профессиональной гигиены полости рта (с периодичностью 1 раз в 3-6-12 месяцев, которая определяется индивидуально и зависит от состояния зубов, уровня индивидуальной гигиены полости рта). Я понимаю необходимость регулярно приходить на профилактические осмотры, контрольные снимки зубов по графику оговоренному с врачом. Обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соответствии с протоколом процедуры. Мне известно, что при несоблюдении мною лечебных предписаний или правил внутреннего распорядка Клиники лечащий врач вправе отказаться от дальнейшего моего лечения. Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке и сроке службы на овеществленные результаты лечения и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 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 / лица, законным представителем которого я являюсь (не-нужное зачеркнуть),

\_\_\_\_\_, Телефон \_\_\_\_\_,  
(ФИО гражданина)  
\_\_\_\_\_, подпись \_\_\_\_\_,  
(ФИО гражданина или законного представителя гражданина)

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных медицинских услуг, и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возмож-

ность либо отказаться от процедуры, либо дать свое согласие.

Я подтверждаю свое добровольное согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно в присутствии лечащего врача. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся запланированного лечения. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта. Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_