

Информированное добровольное согласие на изготовление и использование «сплинта».

г. Москва

Дата Заключения Договора

Я, Фамилия Имя Отчество Пациента,

(Ф.И.О. пациента)

в соответствии с п. 8 ст. 20 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», проинформирован(а) о том, что в рамках проводимого диагностического исследования, мне необходимо продолжение диагностики зубочелюстной системы с использованием сплинта, с целью анализа динамики изменений функционального состояния сустава и мышц при планируемой перестройке прикуса (смыкания зубов).

Моим лечащим врачом, мне были полностью разъяснены характер и цели продолжения диагностических манипуляций, а также все возможные альтернативы такому продолжению лечения.

Мне понятно, что ношение сплинта (капы) является не лечебной, а диагностической процедурой, в результате которой будет определено, есть ли необходимость реконструкции прикуса для создания поддержки для правильной работы мышц и височно-нижнечелюстного сустава, или необходимо использовать альтернативные методики лечения.

Мне разъяснено, что отказ от данного вида диагностики повышает риски осложнений в процессе лечения, к которому относится появление дефектов твердых тканей зубов, разрушение костной ткани (пародонта) и дисфункциональные нарушения (болезненные ощущения) височно-нижнечелюстного сустава, что в итоге может неблагоприятно повлиять на моё здоровье, ухудшить качество моей жизни.

Я понимаю, что сплинт (капа) - это инородное тело в полости рта, что привыкание к нему требует большого терпения и времени, в среднем это длится 7-10 дней. Перед установкой сплинта (капы) врач проводит коррекцию сплинта (капы) в местах наибольшего давления на поверхность слизистой оболочки полости рта и зубы.

Поэтому я соглашаюсь с тем, что если субъективно я не смогу привыкнуть к (сплинту) капе, то деньги за изготовление и установку сплинта (капы) не возвращаются.

Я понимаю важность точного соблюдения рекомендаций врача-ортодонта по ношению сплинта (капы) и обязуюсь их неукоснительно соблюдать, поскольку при несоблюдении рекомендаций снижается объективность полученных данных.

Я понимаю, что консультативно-диагностические мероприятия не обязывают ни пациента к получению услуг в клинике, ни ортодонта к оказанию этих услуг, а являются лишь услугами необходимыми для полноценной оценки состояния зубочелюстной системы и составления плана лечения.

Я понимаю, что ООО «ПРОФИСТОМ» предоставляет мне гарантию на целостность сплинта (капы) на период его ношения для диагностических целей, установленный врачом, средние сроки 2-3 месяца.

Я соглашаюсь с тем, что критерием оценки качества моей диагностики будет объективная и полная оценка состояния моей зубочелюстной системы.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне данного медицинского вмешательства врачом ООО «ПРОФИСТОМ».

Беседу провел врач _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства
_____ (подпись)