

Приложение к Договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от « _____ » _____ 202__ г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в ООО «Центр нейростоматологии» на шинотерапию дисфункции ВНЧС.

Я, _____ " _____"
_____ г. рождения, добровольно обращаюсь в клинику Исполнителя для проведения стоматологического лечения и даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с использованием окклюзионной шины (шинотерапии дисфункции ВНЧС).

Я получил информацию о том, что окклюзионная шина – это съемный одночелюстной стоматологический аппарат диагностического, лечебного и профилактического действия. Шина изготавливается из полимерных материалов, прошедших сертификацию для применения в полости рта.

В процессе ношения шины в полости рта происходит перераспределение мышечных нагрузок, что позволяет значительно расслабить спазмированные мышцы. Если имеют место нарушения в области суставных элементов (щелчки, хруст, боль при открывании/закрывании рта или жевании) с ее помощью врач может подобрать правильную терапевтическую позицию нижней челюсти, в которой все суставные элементы будут функционировать без нарушений и минимизировать или устранить дискомфорт.

После установки шины в полость рта требуется период привыкания к аппарату, который индивидуален по срокам и длится от нескольких дней до нескольких недель, но могут сохраняться и на весь период лечения. Срок, который пациент должен носить шину, определяется врачом в каждой ситуации индивидуально. Режим ношения 24 часа в сутки, снимать шину только для гигиены полости рта, приём пищи на шине. Неудобство и дискомфорт при ношении шины, изменение положения отдельных зубов, а так же нарушение дикции в этот период являются нормой и не считаются недостатком лечения. Во время ношения шины зубы будут разобщаться на толщину материала шины, также при этом может принудительно изменяться положение нижней челюсти для получения наилучшего терапевтического эффекта лечения. В процессе ношения шины врач может вносить коррекционные изменения в ее конструкцию с целью оптимизации межчелюстных контактов зубов и положения нижней челюсти.

Гигиенический уход за шиной: чистка зубной щеткой с неантибактериальным мылом минимум 2 раза в день, ополаскивание проточной водой несколько раз в день, использование специальных очищающих растворов.

Основная задача шинотерапии- определение терапевтического положения нижней челюсти ! При наличии необратимых изменений ВНЧС, в том числе дегенеративных изменений суставных элементов, невправляемых вывихов суставных дисков ВНЧС – после нормализации положения нижней челюсти необходима консультация стоматолога-хирурга. При завершении шинотерапии необходимо приступить к продолжению основного стоматологического лечения (ортодонтическому лечению или протезированию зубов) предварительно согласованного со стоматологом-ортопедом или стоматологом-ортодонтом. Шинотерапия проводится при неврологическом сопровождении – необходима консультация невролога !

В доступной форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, положении о гарантиях и сроках службы на овеществленные результаты оказанных услуг, о правилах использования установленных стоматологических конструкций.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответствующих стандартов и протоколов лечения. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка, удаление или замена стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении лицам, его оплачивающим, близким родственникам, а также всем лицам, профессионально обязанным сохранять медицинскую тайну.

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись) (Ф.И.О. пациента)

" ____ " _____ г.

(дата оформления)