

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на посещение консультаций перед имплантацией/протезированием**

№ _____

Зубо-челюстная система - это сложный гармонично взаимодействующий между собой комплекс органов и тканей, вмешательство в который при отсутствии четкого разработанного плана может вызвать ряд негативных последствий.

Для создания этого плана привлекаются врачи разных специальностей, отвечающие за различные органы и ткани полости рта пациента.

При изготовлении различных ортопедических протезных конструкций в качестве их опоры используются как зубы, так и имплантаты. Для надежной работы новой протезной конструкции требуется оценка различными специалистами всех возможных нюансов.

Мы должны быть уверены, что опорные зубы, используемые для протезирования, здоровы, так же, как и ткани, окружающие их.

В связи с этим мы настоятельно рекомендуем Вам посетить врача-пародонтолога, который:

- оценит состояние зубов;
- определит наличие или подтвердит отсутствие парадонтита;
- определит риски развития рецессии (оголения корней);
- составит прогноз на использование данных конкретных зубов в качестве опоры для протезов;
- при наличии парадонтита и других проблем составит и предложит план лечения (одной из составляющих которого будет гигиеническая чистка/отбеливание).

Вы можете отказаться от посещения парадонтолога, но мы обязаны предупредить Вас, что при наличии скрыто протекающего парадонтита, тонкого биотипа десны, наличия фуркаций, которые не были выявлены до имплантации/протезирования ввиду отказа от консультации парадонтолога, мы не можем гарантировать длительного срока службы тех протезных конструкций, которые будут для Вас изготовлены, а также отсутствия развития иных эстетических проблем по завершению протезирования.

Мне в доступной форме разъяснили цель и суть консультации врача-пародонтолога. Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение /отказе от консультации парадонтолога.

Я предупрежден о возможных последствиях в случае отказа от консультации/лечения (нужное подчеркнуть) у врача-пародонтолога.

Я отказываюсь от консультации/лечения (нужное подчеркнуть) у врача-пародонтолога.

Дата _____ Подпись _____ / _____ /

Также мы рекомендуем Вам пройти консультацию врача-ортодонта.

Врач-ортодонт осмотрит зубо-челюстную систему:

- на наличие патологии прикуса или положения зубов;
- зубо-альвеолярного выдвигания;
- мезиального наклона коронок зубов;
- скученного положения зубов;
- сужения зубного ряда;
- дефицита места для постановки импланта при отсутствии зубов;
- дистопии и других ортодонтических проблем;
- предложит план исправления данных проблем.

При отказе от данного плана лечения:

- 1) определит риски прогрессирования проблем прикуса;
- 2) потери опорных зубов;
- 3) риски развития зубо-челюстных аномалий и деформаций.

Обращаем ваше внимание, что **при отказе от ортодонтического лечения, практически все проблемы прикуса или положения зубов по завершению протезирования исправить будет невозможно, либо исправление данных проблем может повлечь за собой переделку всех протезных конструкций. Мы настоятельно рекомендуем посетить врача ортодонта до начала протезирования.**

Мне в доступной форме разъяснили цель и суть консультации врача-ортодонта. Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение /отказе от консультации врача-ортодонта.

Я предупрежден о возможных последствиях в случае отказа от консультации/лечения (нужное подчеркнуть) у врача-ортодонта.

Я отказываюсь от консультации/лечения (нужное подчеркнуть) у врача-ортодонта.

Дата _____ Подпись _____ / _____ /

Тел: 600-20-20, www.pandent.ru

Литейный пр. д. 45. ул. Восстания, д. 47. ул. Типанова, д. 4. ул. Савушкина, д. 17. ул.Победы, д.14