

ПАМЯТКА ПО УХОДУ ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о моем лечении и рекомендации по уходу.

Уважаемый пациент! Вам было проведено протезирование зубов, после которого необходимо соблюдать следующие рекомендации:

- Зубы, на которые поставлены коронки, требуют, как и естественные зубы, тщательного гигиенического ухода.
- Два раза в день чистите зубы: утром после еды и вечером, перед сном!
- Используйте для чистки ирригатор полости рта 2 раза в день.
- Для зубов, на которых установлены коронки, особенно важно удалять зубной налет и остатки пищи из межзубных промежутков, мест, где искусственный зуб контактирует с десной. Пользуйтесь для этого при необходимости зубными нитями (флоссами), щеточками специальной формы, ирригатором.
- Не следует жевать или грызть твердые продукты (сухари, орехи, лед, конфеты типа ирисок и леденцов и т.п.), жесткие предметы, так как это может привести к повреждению или поломке искусственных ортопедических конструкций.
- При ощущении нарушения смыкания зубов, чувство завышения прикуса или подозрении на смещение или расцементировку установленных искусственных ортопедических конструкций незамедлительно следует явиться на прием к своему врачу-ортопеду.
- Посещайте врача-стоматолога согласно утвержденному плану лечения а после прохождения лечения – 1 раз в 6 месяцев для бесплатных плановых контрольных осмотров. Консультируйтесь с врачом обо всех особенностях ухода за Вашей полостью рта, используйте при необходимости рекомендованные им специальные приспособления и препараты!
- Необходимо проводить профессиональную гигиену полости рта не реже 1 раза в 6 месяцев.
- Если Ваше состояние вызывает у вас беспокойство, пожалуйста обратитесь к вашему врачу или к администратору клиники для записи на прием.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Врач: _____ / _____
(подпись врача) (Фамилия ИО врача)

Дата «__» _____ 202__ г