

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЯ НА ПРОВЕДЕНИЕ
МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА, ДРУГОГО КАРИЕСА,
НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА)**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 18, 19, 20, 21, 22, 23 Федерального закона РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в российской Федерации» и является необходимым предварительным условием любого медицинского

Я (Ф.И.О.) _____

(Ф.И.О. гражданина)

являющийся(щаяся) законным
представителем _____

Обращаюсь в ООО «Концепт Смайл» для лечения _____

(указать).

Настоящим подтверждаю, что информирован (а) лечащим
врачом _____

о том, что требуется лечение кариеса (другого кариеса, некариозных поражений твердых тканей зубов)
_____ зуба (ов).

Целью терапевтического лечения кариеса (другого кариеса, некариозных поражений твердых тканей зуба) является пломбирование зуба с восстановление анатомии и функции, характерной для данной группы зубов.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о сути лечения кариеса (другого кариеса, некариозных поражений твердых тканей зуба) и допустимости уточнения диагноза в процессе лечения. Моим лечащим врачом составлен индивидуальный рекомендованный план лечения. Я информирован (а) о том, что допустима коррекция индивидуального плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе проведения лечения (кариозное поражение, которое кажется небольшим, при обработке зуба может оказаться значительной полостью, а, следовательно, потребуется реставрация значительной части зуба или постановка коронки или при обширном кариозном поражении возможно возникновение необходимости лечения корневых каналов), о чем меня уведомит лечащий врач. В таком случае возможны два варианта лечения:

1. Наложение лечебной прокладки с последующим пломбированием зуба (1-2 посещения);
2. Эндодонтическое лечение корневых каналов с последующим пломбированием (2-4 посещения).

Я понимаю, что окончательное решение по плану лечения может принять лечащий врач только после того, как проведет препарирование кариозной полости и удалит весь размягченный дентин.

Мне сообщена предварительная стоимость лечения. Я понимаю, что стоимость лечения может измениться в зависимости от выбранного варианта лечения.

Я информирован (а) о последствиях частичного или полного отказа от рекомендованного лечения (прогрессирование кариеса, развитие его осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов), нарушение общего состояния организма) и об альтернативных вариантах лечения, а именно: удаление пораженного зуба (пораженных зубов), установка коронки на пораженный зуб, либо изготовление ортопедической вкладки, винира, а также обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после лечения, в том числе:

1. После лечение с наложением лечебной прокладки возможно появление болевых ощущений, при нарастании которых врач должен будет провести эндодонтическое лечение;
2. Возникновение обострения заболевания в более отдаленные сроки, что также может привести к эндодонтическому лечению.
3. Рецидивирующий или вторичный кариес (формирование кариозной полости рядом с пломбой);
4. Выпадение пломбы;
5. Несоответствие пломбы цвету эмали зуба.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время постановки анестезии и при приеме лекарственных средств. Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии, а именно: отек мягких тканей. кровоизлияние в месте вкола. снижение внимания. аллергические реакции. изменение артериального

Мне понятно, что в связи с некоторыми обстоятельствами, такими как нарушения рекомендаций врача, обращение в другую клинику, возникновение или проявление заболеваний, гарантийный срок может быть сокращен или гарантия перестает действовать. Я предупрежден (а) о невозможности предоставления гарантии на поражение пролеченного зуба вторичным кариесом даже при успешном завершении лечения.

Понимая сложность предстоящего лечения, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры один раз в 6 (шесть) месяцев и следить за гигиеной полости рта, а также соблюдать индивидуальный план профилактических мероприятий, рекомендованных лечащим врачом.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных сроках и сроках службы, действующих в ООО «Концепт Смайл».

Я информирован (а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить дальнейшее лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. Я понимаю, что в случае несоблюдения рекомендаций лечащего врача я лишаюсь права на гарантию.

Я имел (а) возможность задать лечащему врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получила исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (лась), понял (а) и согласен (сна) с каждым пунктом данного документа, являющегося неотъемлемой частью медицинской карты.

Я доверяю врачу-стоматологу _____ провести лечение.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Дата: « ____ » _____ 202__ г.

Подпись пациента: _____

В моем присутствии расписался врач-стоматолог: _____