

## Информированное добровольное согласие на лечение кариеса прямой реставрацией

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 предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, \_\_\_\_\_

(ФИО полностью)

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач \_\_\_\_\_

ФИО

Мне сообщена, разъяснена врачом-стоматологом и понятна информация о сути лечения:

**Лечение кариеса прямой реставрацией** заключается в удалении инфицированных твердых тканей зуба и последующим замещением дефекта пломбировочным материалом.

В процессе лечения допустимо уточнение диагноза, коррекция рекомендованного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. В частности, кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования) и т.д. или потребуются эндодонтическое лечение.

**Мне сообщено и понятно**, что для лечения могут понадобиться дополнительные обследования, о чем меня уведомит врач, а именно:

- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля;
- консультация у врача(ей)-стоматолога(ов) иного профиля;
- проведение обследования на аллергические реакции на используемые материалы;
- рентгенологические обследования.

Я проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья, обо всех случаях аллергии.

**Я понимаю**, что отказ от перечисленных выше обследований может повлечь осложнения и Исполнитель не несет ответственности в случае их возникновения, если я не сообщил(а) или не знал(а) о своих противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение лечения.

**Мне сообщены возможные альтернативные варианты лечения.**

**Я проинформирован(а):**

- о возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов); нарушение общего состояния организма и др;
- о возможных осложнениях под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей; кровоизлияние в месте укола; снижение внимания; аллергические реакции;
- о возможных последствиях приема анальгетиков и антибиотиков, а именно: аллергические реакции; изменение витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;
- о возможных осложнениях в процессе лечения, а именно: вскрытие полости зуба с необходимостью проведения эндодонтического лечения; увеличение объема препарирования и реставрации в связи с выявлением скрытых кариозных дефектов;
- о возможных осложнениях после лечения (спустя неделю и более), а именно: возникновение самопроизвольных болей от термических раздражителей или при накусывании на реставрацию, в результате чего может потребоваться замена реставрации или эндодонтическое лечение зуба; воспаление десны вокруг зуба; обострение герпетической инфекции;
- о возможности возникновения новых кариозных полостей на поверхностях зуба, ранее не подвергавшихся лечению, что не связано с выполненной реставрацией.

**Я понимаю**, что соблюдение технологии не всегда позволяет избежать воспалительных процессов в зубе из-за индивидуальных особенностей течения воспалительного процесса и состояния здоровья зуба.

**Мне сообщено и понятно**, что одним из критериев эффективности оказания медицинских услуг является результат проведенного лечения, подтвержденный фотографиями и рентгенограммами до, после и в процессе лечения в соответствии с согласованным планом лечения. Я даю согласие на фотографирование моего лица и зубных рядов при оказании мне медицинских услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью клиники.

**Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.** Конкретные гарантийные сроки и сроки службы устанавливаются врачом в зависимости от:

- клинической ситуации в полости рта;
- наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний, которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях;
- полноты выполнения плана лечения, рекомендованного врачом.

С учетом указанных обстоятельств гарантийные сроки службы могут быть уменьшены или увеличены по сравнению со средними, что фиксируется врачом в гарантийном талоне.

**Мне названы и со мной согласованы:**

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. В случае повышения стоимости лечащий врач предупредит меня и обоснует это.

Я понимаю, что в ходе лечения может возникнуть необходимость дополнительного обследования, о чем меня уведомит врач.

Я обязуюсь выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я внимательно ознакомил(ся, ась) и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
подпись / ФИО полностью

**Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал(а) ответы на все вопросы.**

\_\_\_\_\_  
подпись / ФИО врача