

## Информированное добровольное согласие на лечение кариеса

«    »    20    г.

Настоящее информированное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323 ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации »

Я, \_\_\_\_\_

Даю согласие на лечение \_\_\_ **зуба(ов)** в ООО «Стопломб» г. Ростов-на-Дону ул. Искусственная д.4 оф.1. Находясь в клинике:

1.Получил(а) от лечащего врача всю интересующую меня информацию о состоянии зубочелюстной системы, наличии заболевания и о рекомендованном плане лечения.

2.Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения: прогрессирование кариеса, развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); нарушения общего состояния организма.

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

4. Я информирован(а) о возможности коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения. В частности :

-кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали, может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а следовательно, потребуются реставрация значительной части зуба или постановка коронки (по ситуации);

-при глубоком кариозном поражении возможно возникновение необходимости лечения корневых каналов.

5. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

6. Я информирован(а) о том, что в ходе лечения может быть проведена анестезия, выбор которой производится врачом при моем согласии.

7. Я даю согласие на проведение рентгенологического обследования в объеме, необходимом для полноценного лечения.

8. Я получил(а) полную информацию о возможных осложнениях после постановки пломбы (спустя неделю и более):

## Информированное добровольное согласие на лечение кариеса

«    »    20    г.

Настоящее информированное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323 ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации »

Я, \_\_\_\_\_

Даю согласие на лечение \_\_\_ **зуба(ов)** в ООО «Стопломб» г. Ростов-на-Дону ул. Искусственная д.4 оф.1. Находясь в клинике:

1.Получил(а) от лечащего врача всю интересующую меня информацию о состоянии зубочелюстной системы, наличии заболевания и о рекомендованном плане лечения.

2.Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения: прогрессирование кариеса, развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); нарушения общего состояния организма.

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

4. Я информирован(а) о возможности коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения. В частности :

-кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали, может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а следовательно, потребуются реставрация значительной части зуба или постановка коронки (по ситуации);

-при глубоком кариозном поражении возможно возникновение необходимости лечения корневых каналов.

5. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

6. Я информирован(а) о том, что в ходе лечения может быть проведена анестезия, выбор которой производится врачом при моем согласии.

7. Я даю согласие на проведение рентгенологического обследования в объеме, необходимом для полноценного лечения.

8. Я получил(а) полную информацию о возможных осложнениях после постановки пломбы (спустя неделю и более):

- воспаление пульпы зуба вследствие проникновения бактерий кариозного поражения при глубоком кариесе, что ведет к необходимости пролечить корневые каналы;

- возникновение постоперативной чувствительности или боли при накусывании, вследствие чего может возникнуть необходимость замены пломбы;

9. Я предупрежден(а), что в процессе лечения могут возникнуть осложнения, не являющиеся дефектами качества оказания медицинской помощи (аллергические реакции, обострения хронических заболеваний пародонта, обострения воспалительного процесса при наличии зубов с хроническими очагами инфекции и др.).

10. Я уведомлен(а) о необходимости тщательного соблюдения гигиены полости рта, а также регулярно посещать врача-гигиениста.

11. Я уведомлен(а), что не соблюдение рекомендаций лечащего врача может снизить качество лечения, повлечь за собой невозможность его завершения в срок или негативно сказаться на состоянии моего здоровья.

12. Я получил полную информацию об альтернативных методах лечения, ознакомился с наиболее рациональным планом лечения, принял решение осуществить стоматологическое лечение на выше указанных условиях. Я доверяю врачу принимать необходимые решения и выполнять медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения моего состояния.

13. До подписания настоящего согласия я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

14. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на медицинское вмешательство.

- воспаление пульпы зуба вследствие проникновения бактерий кариозного поражения при глубоком кариесе, что ведет к необходимости пролечить корневые каналы;

- возникновение постоперативной чувствительности или боли при накусывании, вследствие чего может возникнуть необходимость замены пломбы;

9. Я предупрежден(а), что в процессе лечения могут возникнуть осложнения, не являющиеся дефектами качества оказания медицинской помощи (аллергические реакции, обострения хронических заболеваний пародонта, обострения воспалительного процесса при наличии зубов с хроническими очагами инфекции и др.).

10. Я уведомлен(а) о необходимости тщательного соблюдения гигиены полости рта, а также регулярно посещать врача-гигиениста.

11. Я уведомлен(а), что не соблюдение рекомендаций лечащего врача может снизить качество лечения, повлечь за собой невозможность его завершения в срок или негативно сказаться на состоянии моего здоровья.

12. Я получил полную информацию об альтернативных методах лечения, ознакомился с наиболее рациональным планом лечения, принял решение осуществить стоматологическое лечение на выше указанных условиях. Я доверяю врачу принимать необходимые решения и выполнять медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения моего состояния.

13. До подписания настоящего согласия я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

14. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на медицинское вмешательство.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента  
(законного представителя)

\_\_\_\_\_  
Фамилия (полностью) И.О. пациента  
(законного представителя)

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента  
(законного представителя)

\_\_\_\_\_  
Фамилия (полностью) И.О. пациента  
(законного представителя)

\_\_\_\_\_  
Подпись врача

\_\_\_\_\_  
Фамилия (полностью) И.О.врача

\_\_\_\_\_  
Подпись врача

\_\_\_\_\_  
Фамилия (полностью) И.О.врача