

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ЗУБОВ

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
"___" _____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____

<p>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан</p> <p>Я, _____ Паспорт: _____, _____ выдан _____</p> <p>являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — <u>нужное подчеркнуть</u>) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:</p> <p>_____</p> <p>(ФИО ребенка или недееспособного гражданина -полностью, год рождения)</p>

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить _____ (далее по тексту-врач).
(должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.
Оплата за медицинское вмешательство производится в день проведения по прейскуранту Клиники.
Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

№	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1			

Мне разъяснено, что кариес – это сложный, медленно текущий патологический процесс, протекающий в твёрдых тканях зуба и развивающийся в результате комплексного воздействия неблагоприятных внешних и внутренних факторов.

Мне также разъяснено, что лечение кариеса заключается в удалении пораженных кариозным процессом тканей зуба, медикаментозной обработке подготовленной полости, с последующим восстановлением коронки зуба пломбировочным материалом.

Мне разъяснено, что достоверно точно опередить объем и глубину пораженных кариесом тканей возможно только в процессе вмешательства, а, следовательно, может увеличиться предполагаемый объем восстановления зуба (пломбирования, реставрации), о чем врач меня предупредит заранее, в процессе лечения.

Мне разъяснено, что с учетом диагноза моего заболевания лечение кариеса будет включать в себя следующие этапы:

- анестезия (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, интралигаментарная);
- наложение коффердама (изоляция зуба от полости рта латексной завесой);
- препарирование полости с целью очищения от некротизированного дентина и эмали и/или обработка полости лазером;
- формирование стенок и дна полости для оптимального наложения пломбы;
- обработка антисептическими растворами;
- наложение лечебной и/или изолирующей прокладки;
- наложение пломбы;
- шлифовывание и полировка пломбы (коррекция по прикусу);
- воссоздание вида здорового зуба, соблюдая все анатомические особенности.

Мне разъяснен предполагаемый результат: излечение кариеса; восстановление жевательной функции; восстановление анатомической формы зуба; восстановление эстетики зуба.

Мне разъяснены последствия лечения (в том числе осложнения, возможные аллергические реакции):

- кариозное поражение, которое кажется небольшим на поверхности эмали зуба в действительности может оказаться больше, а следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования);
- прогрессирование кариеса, развитие его осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов), нарушение общего состояния организма;
- индивидуальные аллергические реакции, непереносимость отдельных материалов и лекарственных препаратов;
- онемение языка, губ, чувство жжения, болезненность, дискомфорт, нарушение функций глотания, жевания и речи, нарушения дикции;
- возможное повышение чувствительности зубов на температурные раздражители;
- возможные осложнения после постановки пломбы, проведения косметического восстановления (спустя неделю и более) при лечении глубокого кариеса, а именно: воспаление пульпы, вследствие проникновения туда бактерий кариозного происхождения, если слой дентина тонкий или повреждается в процессе обработки зуба, в этом случае

потребуется: снять поставленную пломбу; провести эндодонтическое лечение; поставить новую пломбу (либо ортопедическую конструкцию) что приведет к увеличению стоимости лечения;

- рецидивирующий или вторичный кариес (формирование кариозной полости рядом с пломбой);
- расхождение в цвете пломбы и эмали зуба, проявляющееся со временем.

Мне разъяснена необходимость применения местной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций.

Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей и зубов до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение.

Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.

Мне разъяснено, что в процессе манипуляции несовершеннолетнему пациенту, а также пациенту страдающему расстройством аутистического спектра, возможны: приступы агрессии/паники, громкий крик, пациент может нанести вред себе и окружающим, проявить другие нестандартные поведенческие реакции.

В доступной для меня форме мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

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

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

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

Я подтверждаю, что:

Я информирован(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я осведомлен(а) о последствиях полного или частичного отказа от лечения кариеса, развитие его осложнений, в том числе воспаление пульпы, периодонтит, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов), нарушение общего состояния зубов.

Мне разъяснено, как ухаживать за зубами, я понимаю возможность возникновения вторичного кариеса при несоблюдении правил гигиены полости рта.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о гарантийных сроках.

Мне понятно, и я осознаю, что результат лечения в каждом конкретном случае зависит не только от его качества, но и от реакции организма и общего состояния зубов.

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

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения.

Я даю согласие на фотографирование моего лица (представляемого) и зубных рядов при оказании мне (представляемому) медицинских услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью Клиники.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного, я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

_____ (Ф.И.О. пациента, представителя)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. медицинского работника)

_____ (подпись)

" ____ " _____ 20__ г. (дата оформления)