

**Информированное добровольное согласие
пациента на лечение кариеса и иных болезней твердых тканей зубов**
Приложение

ООО «Стоматолог» г. Пятигорск

"___" _____ 20__ г.

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Мне _____ врач _____

Этот раздел бланка заполняется только для лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан: ребенок или лицо, признанное недееспособным

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

законным представителем которого является (**мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель**) года рождения, проживающий(ая) по адресу _____

сообщил, в доступной для меня форме о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

1. Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я познакомился(лась) с предлагаемым лечением и мог либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

2. Доктор указал на необходимость лечения заболевания и профессиональную гигиену полости рта. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений: пульпита и периодонтита, появление, либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба.

3. Я даю согласие проводить любые диагностические мероприятия, которые сочтут необходимыми: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, зондирование, тонометрия. 3. Антропометрические исследования. 4. Рентгенологическое обследование до, во время и после лечения.

5. Я даю согласие на поведение местной анестезии и осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков и др. Я проинформировал(а) доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

6. Я предупрежден(а), что поражение зуба, которое кажется небольшим на поверхности эмали зуба, может оказаться значительным внутри. Это повлечет за собой большую площадь обработки зуба и, возможно, вскрытие полости зуба. В этом случае необходимо будет провести эндодонтическое лечение зуба, (депульпирование), что приведет к увеличению стоимости лечения.

7. Я понимаю, что мне (представляемому) гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации и качественное проведение всех медицинских манипуляций, применение качественных сертифицированных материалов.

8. Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному лечению: изготовление вкладки или накладки; установление коронки; удаление зуба или отсутствие лечения вообще.

9. Я также имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

10. Мне разъяснили и мне понятно предлагаемое лечение и я согласен(на) с ним. Кроме того, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, обговоренному с доктором.

11. Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что оно является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента

(законного представителя) _____ / _____ / Дата «___» _____ 20__ г.