



**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство  
Лечение поверхностного и среднего кариеса**

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента или законного представителя)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:  
Я, (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_  
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:  
\_\_\_\_\_ *Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения*

проинформирован(а) моим лечащим врачом о поставленном диагнозе и необходимости лечения зубов в соответствии с Предварительным планом лечения.  
Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и Предварительного плана лечения и понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз о степени кариозного поражения зуба (зубов) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству. Я соглашаюсь с тем, что окончательное решение по плану лечения врач может принять только после того, как проведет препарирование и удалит все поврежденные кариесом ткани зуба.

Я понимаю, что кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятия пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования).

Мне понятно, что кариозное поражение, которое кажется «небольшой дырочкой», может при обработке зуба оказаться значительной полостью, и, следовательно, потребуется реставрация (восстановление) значительной части зуба или установка коронки или вкладки (при необходимости).

Процедура лечения кариеса имеет своей целью оздоровление полости рта, продление срока службы зубов и заключается в удалении пораженных кариесом тканей зуба, обработке подготовленной полости медицинскими препаратами для снятия чувствительности и закрепления прилегания пломбирочного материала, внесении пломбирочного материала, шлифовке и полировке пломбы по прикусу.

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой пломбирочный материал будет мной выбран и от размера пораженного участка зуба (зубов).  
Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, в том числе об удалении пораженного зуба.

Я осведомлен (а) о последствиях полного или частичного отказа от данного лечения, а именно прогрессирование кариеса, развитие его осложнений, в том числе воспаление пульпы, периодонтит, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба (зубов); нарушение 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 соглашаюсь с тем, что во время и после лечения, может возникнуть: воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий, если слой дентина тонкий или повреждается в процессе обработки зуба; возобновление кариозного процесса по прошествии какого-то времени, что может потребовать лечение корневых каналов лечения, которое будет осуществляться за отдельную плату.

Мне разъяснена необходимость применения обезболивания (местной инъекционной анестезии) с целью обезболивания медицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении припухлости.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести в редких случаях к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное лечение, и исключить осложнения после лечения, поэтому значительно ограничит гарантийный срок. Я информирован о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков.

Я проинформирован(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.

Понимаю сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я соглашаюсь, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил (а) полную информацию о гарантийном сроке на пломбирование и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишюсь права на гарантию. Мне ясно, что гарантия распространяется только на нахождение пломбы в зубе, но не распространяется на остальные ткани зуба, иные и вновь возникающие заболевания зуба.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента и договора на оказание платных стоматологических услуг, понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

| Дата | Номер зуба | Диагноз | Ф.И.О. и подпись врача | Подпись пациента |
|------|------------|---------|------------------------|------------------|
|      |            |         |                        |                  |
|      |            |         |                        |                  |

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения кариеса на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О. и подпись пациента или законного представителя  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. и подпись врача)