

**Приложение к договору возмездного оказания**

**медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.**

**Информированное добровольное согласие на лечение кариеса и некариозных поражений твердых тканей зуба (зубов)**

*(основание ст. 20-23 Ф.З. Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.)*

Я, пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения, проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проинформирован(а) лечащим врачом: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество лечащего врача)

О диагнозе: ­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и сути планируемых лечебных и диагностических манипуляций зубов в соответствии с рекомендованным планом лечения и даю

информированное добровольное согласие на лечение кариеса мне / лицу, законным представителем которого я являюсь.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и рекомендованного плана лечения и понимаю, что допустима

коррекция намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

Мне объяснено, что лечение кариеса заключается в удалении пораженных кариозным процессом тканей зуба, медикаментозной

обработке подготовленной полости, с последующим восстановление коронки зуба пломбировочным материалом, а также, 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.

Врач сообщил мне о возможных альтернативных вариантах лечения, а именно:

* лечение начального, поверхностного или среднего кариеса (1- 2 посещения);
* лечение глубокого кариеса (1-2 посещения);
* эндодонтическое лечение корневых каналов с последующим пломбированием (2-4 посещения);
* изготовление вкладки/накладки (2-3 посещения);
* установление коронки;
* отсутствие лечения вообще

Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения могут быть (нужное

добавить, ненужное вычеркнуть): прогрессирование заболевания; развитие осложненных форм кариеса; развитие инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, медиастинит, сепсис); ухудшение эстетики; нарушение функции речи; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; неблагоприятный исход.

Возможные последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение

витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

Возможные осложнения в процессе лечения, а именно: болевые ощущения; вскрытие пульпарной камеры во время препарирования

кариозной полости; чувство «нового» зуба (зубов) после постановки пломбы; появление чувствительности к холодной и сладкой пище;

локализованное травматическое поражение десны; получение неудовлетворительного цвета зуба; недостижение эстетического результата,

уменьшения срока пользования.

В случае невозможности устранения болевой реакции врач принимает решение о депульпировании леченого зуба.

Я подтверждаю, что в Анкете здоровья назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни. Я подтверждаю, что добросовестно

ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических

мероприятий, рекомендованных врачом.

Вариант 1.

**Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение**

**является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на лечение кариеса на предложенных условиях.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись законного представителя) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Вариант 2.

 **Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь**

**от медицинского вмешательства.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись законного представителя) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) « \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.