**ООО «ЮРСтом»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА И НЕКАРИОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА**

Согласно положению статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 01.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 25.06.2012 г. № 89-ФЗ, от 25.06.2012 г. № 93-ФЗ)

Мне,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_врачом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 фамилия, имя, отчество пациента

сообщена, разъяснена информация о сути лечения. Я проинформирован о допустимости уточнения диагноза в процессе лечения и допустимости коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. В частности, (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):

* кариозное поражение, которое кажется небольшим, может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а следовательно, потребуется реставрация значительной части зуба или постановка коронки (по ситуации);
* при обширном кариозном поражении возможно возникновение необходимости лечения корневых каналов.

Возможные альтернативные варианты, а именно: удаление пораженного зуба (пораженных зубов), отказ от лечения, покрытие зуба коронкой, либо изготовление ортопедической вкладки, винира. 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. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры. Возможные осложнения после постановки пломбы (спустя неделю и более):

* возникновение постоперативной чувствительности или боли при накусывании, вследствие чего может возникнуть необходимость замены пломбы;
* воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий (глубокий кариес) или поврежден в процессе обработки зуба. В этом случае потребуется: а) снять поставленную пломбу, б) пролечить каналы, в) поставить новую пломбу. При этом постановка пломбы проводится Исполнителем бесплатно, если сроки после лечения не превысили 6 месяцев.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Я понимаю, что гарантия распространяется только на пломбу или иную конструкцию, восстанавливающую коронковую часть зуба.

Мне названы и со мной согласованы:

* технологии и материалы, которые будут использованы в процессе лечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 наименование материала

* сроки проведения лечения;

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною *плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.*

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:

* ортопантомограммы, КЛКТ, дополнительное рентгеновское обследование;
* консультация стоматолога(ов) иного профиля\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* консультация у врача(ей) общего медицинского профиля.

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_