

**Информированное добровольное согласие
на проведение медицинского вмешательства
терапевтическое лечение (лечение кариеса)**

Я, нижеподписавшийся(аяся), _____

(фамилия, имя, отчество гражданина, одного из родителей ребенка до 15 лет, иного законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство _____

(наименование вида медицинского вмешательства)

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 01 января 2012 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

1. Я, соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог

(ф.и.о. врача) _____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) ООО «ДЕНТА ЛИГА» может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

3. Лечение кариеса твердых тканей зуба заключается в иссечении твердых тканей зуба, пораженных кариесом и замещении их пломбировочным материалом с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма.

4. Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях и методах лечения кариеса твердых тканей зуба, объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

5. Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В частности:

- кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (реставрации);

- кариозное поражение, которое кажется «небольшой дырочкой», может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а следовательно, потребуются реставрация значительной части зуба или постановка коронки (по ситуации);

- при обширном кариозном поражении возможно возникновение необходимости лечения корневых каналов

6. Решения о проведении лечения кариеса твердых тканей зуба принимает пациент или его законный представитель. Пациент (законный представитель) может отказаться от проведения лечения.

7. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: инфекционные осложнения, прогрессирование кариозного процесса и переход его в запущенную стадию с поражением пульпы зуба и окружающей кости; появление и нарастание болевых ощущений, развитие местных осложнений, требующих эндодонтического лечения; разрушение и потеря зуба, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта

8. Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства:

- воспаление пульпы вследствие проникновения в нее бактерий кариозного поражения, в этом случае потребуется: а) снять поставленную пломбу, б) пролечить каналы, в) поставить новую пломбу;

- возникновение постоперативной чувствительности или боли при накусывании, дискомфорт, чувствительность к температурным раздражителям в течении нескольких дней после постановки пломбы;

9. Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

10. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

11. Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

12. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

13. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

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

15. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- получение ортопантограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;
- консультация стоматолога(ов) иного профиля: _____

консультация у врача(ей) общего медицинского

профиля: _____

Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на лечение кариеса твердых тканей зуба мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я принимаю решение осуществить лечение кариеса твердых тканей зуба на предложенных мне условиях.

Подпись пациента

(законного представителя) / _____ / Дата « ____ » _____ 202 г.

(ФИО, подпись)

Лечащий врач / _____ / Дата « ____ » _____ 202 г.

(ФИО, подпись)