

Информированное добровольное согласие
на лечение кариеса и некариозных поражений твердых тканей зуба (зубов)
в ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»

от «__» _____ 20__ года

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 предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____
Законный представитель Пациента _____ «__» _____ г.р,
проинформирован(а) лечащим врачом _____ о поставленном диагнозе _____ и необходимости лечения зуба (зубов) в соответствии с предварительным планом лечения.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания и Предварительного плана лечения и понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз о степени кариозного/некариозного поражения зуба (зубов) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение по плану лечения врач может принять только после того, как проведёт препарирование и удалит все поврежденные кариесом ткани зуба.

Я так же понимаю, что кариозное поражение, которое кажется «небольшой дырочкой», может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а, следовательно, потребуются реставрация (восстановление) значительной части зуба или постановка 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 информирован(а) о возможных альтернативных вариантах лечения, в том числе об удалении пораженного зуба.

Я осведомлён(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 так же сроки проведения лечения.

Я информирован(а) о всех возможных осложнениях, которые могут произойти как во время так и после лечения, в том числе: воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий, если слой дентина тонкий или повреждается в процессе обработки зуба, в этом случае потребуются лечение корневых каналов; возобновление кариозного процесса по прошествии какого-то времени, что может потребовать повторное лечение.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а

