

ООО «ДЕНТ-СЕРВИС»
(Стоматологическая клиника "Дентстар")
ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на проведение лечения кариеса

г. Томск _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

Пациент: _____

Паспорт: серия ____ № _____, выдан _____

Адрес: _____

Тел.: _____

Медицинская организация: Общество с ограниченной ответственностью «ДЕНТ-СЕРВИС».

Лицензия: № Л041-01043-70/00331957 от 06.06.2019 г., выданная Департаментом лицензирования и регионального государственного контроля Томской области.

Адрес: г. Томск, ул. Новосибирская, 37.

Лечащий врач: _____

Диагноз: Кариес дентина (K02.1) зуба № _____

Я, _____, настоящим подтверждаю, что в соответствии с пунктом 5 части 1 статьи 19, частью 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно даю своё согласие на проведение мне в стоматологической клинике «Дентстар» (ООО «ДЕНТ-СЕРВИС») следующего медицинского вмешательства:

ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ЗУБОВ № _____

Включающего: препарирование кариозной полости, медикаментозную обработку, наложение изолирующей прокладки (при необходимости) и восстановление анатомической формы зуба пломбой из фотополимерного композита.

Я получил(а) в доступной форме полную информацию о:

Цели лечения: Устранение кариозного поражения, восстановление формы и функции зуба, предотвращение развития осложнений (пульпита, периодонтита).

Методе обезболивания (местная аппликационная и инфильтрационная/проводниковая анестезия), его эффективности и возможных рисках (аллергические реакции, индивидуальная непереносимость, парестезия).

Необходимости рентгенологического контроля до, во время и после лечения.

Существующих рисках и возможных осложнениях, которые могут возникнуть в процессе лечения в силу объективных причин:

Близкое расположение пульпы («нерва»). В связи с глубиной кариозного процесса, стенка полости зуба (**пульпарная камера**) может быть истончена или перфорирована. Это может потребовать:

Наложения лечебной прокладки с последующим наблюдением.

Немедленного эндодонтического лечения (депульпирования зуба) в случае вскрытия пульпы или появления выраженных болевых ощущений после лечения.

Послеоперационная чувствительность:

Зуб может реагировать на температурные и механические раздражители в течение нескольких дней или недель после лечения.

Риск развития вторичного кариеса под пломбой при несоблюдении гигиены полости рта.

Изменение цвета пломбы под воздействием красящих продуктов и напитков.

Скол пломбы или стенки зуба при нарушении рекомендаций по щадящему режиму нагрузки.

Альтернативных методах лечения (включая отказ от лечения) и их последствиях:

Отказ от лечения: прогрессирование кариеса, развитие пульпита, периодонтита, необходимость более сложного и дорогостоящего лечения или удаления зуба.

Минерализующая терапия (для начального кариеса).

Коронка (при значительном разрушении).

Я подтверждаю, что мне разъяснены гарантийные обязательства клиники:

Гарантия распространяется на качество изготовленной реставрации (отсутствие сколов, выпадения, соблюдение анатомической формы) при условии строгого соблюдения всех рекомендаций врача.

Я даю своё согласие на фотосъемку в процессе лечения и последующее использование обезличенных изображений в учебных, научных и информационных целях, включая демонстрацию результатов лечения. Право на отзыв согласия сохраняется за мной, за исключением уже опубликованных материалов.
Гарантия НЕ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ:

На биологический результат лечения (развитие пульпита, вторичного кариеса), так как он зависит от индивидуальных особенностей моего организма, состояния зуба на момент лечения и в первую очередь от качества моей гигиены полости рта и соблюдения режима.

В случае невыполнения пациентом рекомендаций по проведению плановых профилактических осмотров, а также профессиональной гигиены полости рта (не реже одного раза в шесть месяцев). При несоблюдении данного условия клиника не может отследить состояние реставрации и окружающих тканей и своевременно предотвратить возможные осложнения.

В случае развития осложнений (пульпит), потребовавших эндодонтического лечения, стоимость ранее проведённого лечения кариеса и восстановления анатомической формы зуба фотополимерным композитом не подлежит возврату, компенсации или зачёту в стоимость последующего эндодонтического лечения и/или нового ортопедического восстановления зуба (коронки).

Я обязуюсь:

Немедленно информировать врача о любых изменениях в самочувствии во время и после лечения.

Строго соблюдать все данные мне врачом рекомендации: щадящий режим механической нагрузки (сухарики, кости, леденцы и т.д.), гигиена.

Явиться на обязательный контрольный осмотр и для проведения окончательной полировки пломбы (при необходимости).

Обязательно восстановить зуб коронкой в случае, если врач рекомендует это в связи с большим объемом разрушения тканей.

Оплатить стоимость лечения, в соответствии с утвержденным прейскурантом.

Мое решение является добровольным. Я понимаю, что имею право отказаться от продолжения медицинского вмешательства на любом этапе. В случае моего отказа я обязуюсь оплатить фактически произведенный объем медицинских услуг на момент прекращения лечения в соответствии с действующим прейскурантом.

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы, на которые я получил(а) исчерпывающие ответы.

Лечащий врач _____ разъяснил(а) мне всю указанную выше информацию, ответил(а) на все мои вопросы. Мне понятны все возможные последствия данного медицинского вмешательства.

Я ПОЛНОСТЬЮ ПОДТВЕРЖДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ на проведение описанного выше лечения.

_____/ _____/
(Подпись пациента) (ФИО пациента)

_____/ _____/
(Подпись врача) (ФИО врача)

Дата «__» _____ 20__ г.

**ДОПОЛНЕНИЕ К ИНФОРМИРОВАННОМУ ДОБРОВОЛЬНОМУ СОГЛАСИЮ
об отказе от рекомендованного эндодонтического лечения**

г. Томск

«___» _____ 20__ г.

Я, _____,
принимая во внимание, что в процессе лечения зуба № _____, лечащим врачом была установлена необходимость эндодонтического лечения (лечения корневых каналов) данного зуба, которое является объективно необходимым и было мне рекомендовано как единственный способ сохранения зуба, добровольно отказываюсь от предложенного эндодонтического лечения.

Я осознаю, что отказ от рекомендованного лечения:

Может привести к быстрому развитию осложнений (периодонтит, периостит, потеря зуба);

Негативно отразится на состоянии соседних зубов и тканей полости рта;

Сведет эффективность проводимого лечения кариеса к минимуму;

Создаст необходимость в более сложном и дорогостоящем лечении в будущем.

Я настаиваю на проведении только терапевтического лечения (восстановления зуба пломбой), без предварительного эндодонтического лечения.

Я предупрежден(а), что в связи с отказом от необходимого эндодонтического этапа лечения, все дальнейшие стоматологические манипуляции с зубом № _____ проводятся БЕЗ КАКИХ-ЛИБО ГАРАНТИЙНЫХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ со стороны клиники. В случае возникновения любых осложнений, претензии к клинике и лечащему врачу предъявлены не будут.

Содержание данного документа разъяснено мне врачом в полном объеме, мне всё понятно.

_____/ _____/
(Подпись пациента) (ФИО пациента)

_____/ _____/
(Подпись врача) (ФИО врача)

Дата «___» _____ 20__ г.