

## ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

### ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА

Настоящее Добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об Основах охраны здоровья граждан Российской Федерации.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

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

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка (ФИО, дата рождения) \_\_\_\_\_

или лица, признанного недееспособным (ФИО, дата рождения): \_\_\_\_\_

В исключительных случаях стоматологическая клиника оставляет за собой право произвести замену лечащего врача, предварительно уведомив меня об этом.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения кариеса:

- 2.1. Диагноз: \_\_\_\_\_
- 2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.
- 2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.
- 2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и методов лечения в зависимости от клинической картины (ситуации), сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. В частности, (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):
  - 2.4.1. кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а, следовательно, увеличится объем препарирования зуба (удаления пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования);
  - 2.4.2. кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, может при обработке (препарировании) зуба оказаться значительной полостью, а, следовательно, потребует реставрация значительной части коронки зуба или покрытие зуба искусственной коронкой;
  - 2.4.3. \_\_\_\_\_
- 2.5. Возможные альтернативные варианты, а именно (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):
  - 2.5.1. удаление пораженного зуба (пораженных зубов);
  - 2.5.2. отказ от лечения;
  - 2.5.3. \_\_\_\_\_
- 2.6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное добавить, ненужное вычеркнуть):
  - 2.6.1. прогрессирование кариеса;
  - 2.6.2. развитие его осложнений;
  - 2.6.3. появление либо нарастание болевых ощущений;
  - 2.6.4. потеря зуба (зубов), нарушения общего состояния организма;
  - 2.6.5. \_\_\_\_\_
- 2.7. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.

2.8. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.9. Возможные осложнения после постановки пломбы (спустя неделю и более), а именно (ненужное вычеркнуть, нужное добавить):

2.9.1. воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий из кариозной полости, если слой дентина небольшой (глубокий кариес) и истончается в процессе обработки зуба. В этом случае потребуется: снять поставленную пломбу, провести эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов зуба(ов)), поставить новую пломбу;

2.9.2. \_\_\_\_\_.

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях и сроках службы.

4. Мне названы и со мной согласованы:

4.1. методы лечения и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

4.2. сроки проведения лечения;

4.3. стоимость отдельных этапов (процедур) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач-стоматолог предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

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

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения может понадобиться обследование (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

6.1. рентгенологическое (получение прицельного внутриротового снимка, панорамной томограммы, телерентгенограммы, конусно-лучевой компьютерной томограммы и др.);

6.2. консультация стоматолога(ов) иного профиля: \_\_\_\_\_

6.3. консультация у врача(ей) общего медицинского профиля: \_\_\_\_\_

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

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, и принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись законного представителя несовершеннолетнего пациента,  
не достигшего 15 лет: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Мать, отец, опекун – нужное подчеркнуть) (Ф.И.О. полностью)

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

Подпись врача: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата подписи)

Для повторных обращений:

№ п.п.		Дата	Диагноз	Ф.И.О. врача, подпись	Ф.И.О. пациента, подпись
1	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
2	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
3	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			