

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА ЭМАЛИ ЗУБОВ МЕТОДОМ ИНФИЛЬТРАЦИИ

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.

Я даю согласие на проводимое мне лечение кариеса эмали микроинвазивным методом инфильтрации кариеса, которая основана на заполнении пространств в эмали зуба, образованных в результате кариозного процесса, жидкотекучими гипоаллергенными смолами, которые не токсичны для тканей зубов.

Для проведения лечения необходима установка коффердама, поэтапное нанесение препаратов, предусмотренных технологией, полимеризация.

Методика безболезненна, не требует анестезии, имеет доказанную эффективность 96%.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна следующая информация о сути лечения кариеса эмали зубов методом инфильтрации:

2.1. депигментация эмали может не полностью произойти в результате инфильтрации кариеса. Результат зависит от индивидуальных особенностей строения эмали и длительности кариозного процесса. Несмотря на это, инфильтрация считается оптимальной, поскольку блокирует кариозный процесс в зубе и заполняет микропространства эмали, образовавшиеся в результате кариозного процесса;

2.2. в случае активации кариозного процесса в результате поражения дентина зуба или цемента зуба необходимо будет препарирование кариозной полости и пломбирование.

2.3. Мне предложены альтернативные способы лечения: препарирование и пломбирование полости, от которых я отказываюсь.

2.4. Со мной согласованы методика, сроки, стоимость его лечения.

3. Мне разъяснено, что для эффективного лечения кариеса методом инфильтрации мне необходимо:

3.1. сообщить врачу подобную информацию о состоянии здоровья;

3.2. соблюдать правила ухода за полостью рта, рекомендованные врачом;

3.3. при необходимости проведения в дальнейшем отбеливания зубов, ортодонтического лечения и других манипуляций сообщить лечащему врачу о проведенном лечении для исключения непредвиденных осложнений в процессе лечения.

4. Мне понятно, что для полноценного лечения могут понадобиться дополнительные методы исследования: рентгенография, _____

Мне сообщена информация о гарантиях на проводимое лечение.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом и **принимаю решение приступить к лечению.**

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__			
4	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
5	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
6	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
7	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
8	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			
9	Я подтверждаю свое согласие и принимаю решение приступить к обследованию/лечению	“ ___ ” _____ 20__			