

## Информированное добровольное согласие на лечение кариеса и иных болезней твердых тканей зубов

г. Москва

Дата Заключения Договора

*Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель*

Я, Законный Представитель,  
(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента

Фамилия Имя Отчество Пациента  
(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня (представляемого) заболевания \_\_\_\_\_

**Лечаясь у врача, мне разъяснено, что кариес** – это патологический процесс, развивающийся после прорезывания зубов и проявляющийся деминерализацией и размягчением твердых тканей зубов (эмали и дентина) с последующим образованием полости, а также **мне даны разъяснения** о конкретной разновидности диагностированного у меня (представляемого) заболевания:

- |  |  |
|--|--|
| <p><input type="checkbox"/> <b>К02.0</b> Кариес эмали – на зубе произошло помутнение эмали, видимых разрушений нет, инструментальное обследование зондом не дало никаких признаков изменения структуры или на поверхности зуба появилась темная пигментация, при осмотре зуба зондом выявлено размягчение эмали.</p> | <p><input type="checkbox"/> <b>К02.1</b> Кариес дентина – поражены ткани эмали и дентина.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>К02.2</b> Кариес цемента – почти полное разрушение зуба.</p> <p><input type="checkbox"/> А также <b>иные болезни твердых тканей зубов</b> _____</p> |
|--|--|

**Я предупрежден(а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение осложнения в виде новых заболеваний – пульпита и периодонтита.**

**Врачом мне было разъяснено и понятно, что с учетом диагноза моего (представляемого) заболевания такое медицинское вмешательство, как лечение кариеса будет включать в себя следующие этапы:** анестезия, наложение коффердама (изоляция зуба от полости рта латексной завесой), очищение от некротизированного дентина и эмали с помощью сверления или обработка полости лазером, формирование стенок и дна для оптимального наложения пломбы, обработка антисептиками, наложение лечебной или изолирующей прокладки, наложение пломбы, шлифовка пломбы к остальным зубам (по прикусу), чтобы она не мешала при жевании, восстановление вида здорового зуба, соблюдая все анатомические тонкости.

**Я предупрежден, что поражение зуба, которое кажется небольшим на поверхности эмали зуба, может оказаться значительным внутри.** Это повлечет за собой большую площадь обработки зуба и, возможно, ненамеренное вскрытие полости зуба. В этом случае необходимо будет провести эндодонтическое лечение зуба (депульпирование), что приведет к увеличению стоимости лечения.

**Альтернативными методами лечения является:** изготовление вкладки или накладки, установление коронки, удаление зуба или отсутствие лечения вообще.

**Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства:** рецидивирующий или вторичный кариес (формирование кариозной полости рядом с пломбой), воспаление пульпы, выпадение пломбы, несоответствие пломбы цвету эмали, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

**Я предупрежден(а)** о том, что ввиду специфики медицинской деятельности, невозможно предоставить мне (представляемому) гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении лечения.

**Мне разъяснено, что симптомами большинства из перечисленных выше осложнений являются болевые ощущения в области пролеченного зуба и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне (представляемому) необходимо обратиться в клинику ООО «СТОМСТУДИЯ» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений и проведения при необходимости повторного лечения.**

**Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.**

**Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом ООО «СТОМСТУДИЯ».**

Беседу провел врач \_\_\_\_\_ (подпись, Ф.И.О.)

**Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства**  
\_\_\_\_\_ (подпись)