

## Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (НА ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА И ИНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ТВЕРДЫХ ТКАНЕЙ ЗУБА)

### ООО «Дентал.Про»

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Подписание Вами данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, являясь законным представителем (при отсутствии зачеркнуть) \_\_\_\_\_, даю информированное добровольное согласие на:

- виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (утв. приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.04.2012 г. N 390 н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 05.05.2012 г. N 24082) для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть);
- виды медицинских вмешательств при проведении лечения кариеса и иных болезней твердых тканей зуба/лечения кариеса и иных болезней твердых тканей зуба лицу, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в соответствии с Планом обследования и лечения в ООО «ДЕНТАЛ.ПРО»  
Медицинским работником мне разъяснена информация о наличии у меня / лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) заболевания и постановке следующего диагноза:

Я соглашаюсь с тем, что лечение мне будет выполнять врач: \_\_\_\_\_, в исключительных случаях (непредвиденные обстоятельства) мне будет предоставлен другой врач, после предварительного уведомления и получения моего согласия.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи:

1. **Цели лечения** - сохранение пораженного зуба и надежное предотвращение его вредного воздействия на организм в целом.

2. **Методы лечения** (зависят от стадии кариеса: поверхностный, средний, глубокий) - обследование зуба; подготовка ротовой полости к процедуре (может потребоваться удаление с зуба налета и камня, а также профессиональная чистка всех зубов); применение анестезии, если она необходима; изоляция зуба; препарирование - высверливание пораженных тканей; обработка образовавшейся полости специальными медикаментами; наложение пломбы; коррекция пломбы по прикусу, шлифовки и полировка пломбы. При лечении вторичного кариеса (ранее эндодонтически пролеченного зуба, «мертвого зуба») может потребоваться установка стекловолоконного или анкерного штифта в корневой канал и последующее ортопедическое лечение, если коронковая часть зуба разрушена более чем на половину.

3. **Риски при лечении:**

- возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции;
- **возможные осложнения приема анальгетиков (в случае их назначения), а именно:** аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов.
- **вскрытие пульповой камеры при иссечении пораженных тканей и необходимости эндодонтического лечения при таком исходе событий.**

4. **Варианты медицинского вмешательства** - удаление пораженного зуба (пораженных зубов), при наличии противопоказаний для лечения.

5. **Предполагаемые результаты лечения** — устранение дефектов в пораженном патологическим процессом зубе

6. **Последствия лечения** - ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач может назначить лекарственные препараты, если сочтет это нужным; **возможные осложнения после постановки пломбы (спустя неделю и более):** воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий (глубокий кариес). В этом случае потребуются снять поставленную пломбу, пролечить каналы, поставить новую пломбу. Растрескивание уголков рта. При лечении глубокого кариеса не исключена в дальнейшем вероятность эндодонтического лечения, перелечивания корневых каналов зуба или проведение хирургического

вмешательства в районе тканей, окружающих зуб;

7. **Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного лечения:** прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния организма.

Мне сообщена предварительная стоимость лечения, которая может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня об изменении стоимости и обоснует это. Я предупрежден (а) о возможности коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, складывающейся в процессе его реализации, о чем меня своевременно предупредит лечащий врач.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: прицельная радиовизиография, консультация стоматолога иного профиля; консультация у врача (ей) общего медицинского профиля.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать 100% гарантии на успех, стабильность достигнутых результатов в долгосрочной перспективе (в случае существенного изменения состояния моего здоровья и прочих обстоятельств).

Мне гарантировано, что все необходимые и согласованные со мной манипуляции будут выполнены специалистом соответствующей квалификации, с применением им качественных материалов и инструментов с в соответствии с существующими стандартами и требованиями законодательства РФ.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

---

подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик, протоколов и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты и договора на оказание платных медицинских услуг. Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного, я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

Пациент: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (подпись)

Врач \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (подпись)

Законный представитель: (при наличии)  
\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата оформления)