

## Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства на терапевтический прием

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

1. Я, \_\_\_\_\_, соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач стоматолог, зубной врач \_\_\_\_\_ . В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

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

2.1. Диагноз: \_\_\_\_\_  
2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.  
2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.  
2.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач. В частности (не нужно вычеркнуть, нужно добавить):  
- кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а, следовательно, увеличиться площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования);

- кариозное поражение, которое кажется «небольшой дырочкой», может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а, следовательно, потребует реставрация значительной части зуба или постановка коронки (по ситуации);

2.5. Возможны альтернативные варианты, а именно (не нужно вычеркнуть, нужно добавить):

- удаление пораженного зуба (пораженных зубов), не проведение лечения;

2.6. Возможны негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное добавить, ненужное вычеркнуть): прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба (зубов); нарушение общего состояния организма;

2.7. Возможны осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей; кровоизлияние в месте введения иглы; снижение внимания; аллергические реакции; накусывание мягких тканей губы и щеки, поскольку после анестезии чувствительность в полости значительно снижена.

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

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

- воспаление пульпы вследствие проникновения сюда бактерий кариозного поражения, если слой дентина тонкий (глубокий кариес) или повреждается в процессе обработки зуба; в этом случае потребуется: а) снять поставленную пломбу, б) пролечить каналы, в) поставить новую пломбу.

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

#### 4. Мне названы и со мною согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

- сроки проведения лечения;

- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимости может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач 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 могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;

- консультация \_\_\_\_\_ стоматолога(ов) \_\_\_\_\_ иного профиля: \_\_\_\_\_

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

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

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях**

с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_