№ карты

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

Я, _____,

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

Лечащим врачом 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 заболевания:

- ☐ K02.0 Кариес эмали – на зубе произошло помутнение эмали, видимых разрушений нет, инструментальное обследование зондом не дало никаких признаков изменения структуры или на поверхности зуба появи- лась темная пигментация, при осмотре зуба зондом выявлено размягчение эмали.
- ☐ K02.1 Кариес дентина – поражены ткани эмали и дентина.
- ☐ K02.2 Кариес цемента – почти полное разрушение зуба.

А также иные болезни твердых тканей зубов

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 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 0бработка полости лазером, формирование стенок и дна для оптимального наложения пломбы, обработка антисептик- ами, наложение лечебной или изолирующей прокладки, наложение пломбы, пришлифовка пломбы к остальным зубам (по прикусу), чтобы она не мешала при жевании, воссоздание 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, удале- ние 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 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 необходимо обратиться в клинику ООО «Эппл Дент» 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 и о необходимости профилактического осмотра 1 (один) раз в 6 (шесть) месяцев.

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 данного медицинского вмешательства врачом ООО «Эппл Дент».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья (в том числе после смерти):

_____

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

- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи.
- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи.
- ☐ Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи.

Беседу провел врач _____ /_____

(подпись)

Образец

Потребитель(Пациент) **согласился** с проведением медицинского вмешательства _____(подпись)
_____(ф.и.о.)

Потребитель(Пациент) **отказался** от проведения медицинского вмешательства _____(подпись)
_____(ф.и.о.)

Образец