



ООО «Дантист» 625504 Тюменская область, р-н Тюменский, р. п. Боровский,

ул. Ленинградская 17/1, офис 2

Приложение к договору № _____ от _____ 2026 г.

Информированное добровольное согласие на терапевтическое лечение (кариес).

Документ составлен в соответствии с Основами законодательства РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан» и Федеральным законом от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей». Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.

1. Я _____
Законный представитель пациента _____ г.р.
проинформирован (а) лечащим врачом _____
о поставленном диагнозе кариес зубов (а) и необходимости его лечения.

2. **Цель лечения:** оздоровление полости рта, продление срока службы зубов и заключается в удалении пораженных кариесом тканей зуба, обработке подготовленной полости медицинскими препаратами для снятия чувствительности и закрепления прилегания пломбировочного материала, внесении пломбировочного материала, шлифовке и полировке пломбы по прикусу.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз о степени кариозного поражения зуба (зубов) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение по плану лечения врач может принять только после того, как проведёт препарирование и удалит все поврежденные кариесом ткани зуба.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути предстоящего лечения.

3. **Альтернативный вариант лечения:** удаление пораженного зуба; отсутствие лечения как такового.

4. **Последствия отказа:** прогрессирование кариозного процесса, поражение пульпы и периодонта зуба, образование кисты, появление, либо нарастание болевых ощущений, ухудшение эстетики, перелом коронки зуба при отказе от рекомендованного метода его восстановления, потеря зуба, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, нарушение функции речи, жевания, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология и т.д.

Я осведомлён(а) о последствиях полного или частичного отказа от данного лечения.

5. **Методы и способы лечения:** лечение кариеса может проводиться под местной анестезией, путём удаления пораженных твердых тканей зуба с использованием бормашины и боров, с последующим восстановлением анатомической формы зуба пломбировочными материалами. В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия (анестетика) я доверяю медицинскому работнику, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые лекарственные препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии.

Я понимаю, что кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования).

Я так же понимаю, что кариозное поражение, которое кажется «небольшой дырочкой», может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а, следовательно, потребуется реставрация значительной части зуба или постановка коронки (при необходимости).

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а так же сроки проведения лечения.

6. **Возможные осложнения и риски:** воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий, если слой дентина тонкий или повреждается в процессе обработки зуба, в этом случае потребуется лечение корневых каналов; возобновление кариозного процесса по прошествии какого-то времени, что может потребовать повторное лечение.

Я информирован(а) о всех возможных осложнениях, которые могут произойти как во время так и после лечения, также я проинформирован о возможных сопутствующих проявлениях:

- под влиянием анестезии – отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции;
- последствия приема анальгетиков и антибиотиков – аллергические реакции;
- изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры
- временный дискомфорт после лечения, продолжающийся от нескольких часов до нескольких дней;
- растрескивание уголков рта;

7. **Ожидаемый результат:** восстановление анатомической формы и функции зуба.

8. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболеваниях.

9. Мне была предоставлена возможность предварительно ознакомиться с положением об установлении гарантийных сроков и сроков службы пломбирования в ООО «Дантист» и я ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

10. Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Мне названы и со мной согласованы гарантии в моем конкретном случае.

11. Я понимаю, что:

-условием эффективного лечения является выполнение мной плана лечения, плана индивидуальных профилактических мероприятий и соблюдение всех рекомендаций и назначений врача.

12. Я удостоверяю своей подписью, что:

-мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них.

-я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

-я доверяю лечащему врачу и согласен(на), что в исключительных случаях (болезнь врача, отпуск, увольнение и т.п.) поликлиника может заменить врача, уведомив меня об этом лично либо или по телефону и получив мое согласие.

-мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении: о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

Я понял значение всех терминов, используемых в данном информированном добровольном согласии.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения кариеса на предложенных условиях, а также я согласен (а) с указанным перечнем осложнений ,о чем расписываюсь собственноручно.

Конкретные особенности и риски _____

Подпись врача:

(Ф. И. О.)

Подпись пациента/законного представителя:

(Ф. И. О.)