

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

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

Я, _____,
(Ф.И.О. представителя пациента)
выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента _____
(Ф.И.О. пациента)

Я, _____, 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

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 (представляемого) заболевания

☐ **К 02.0** 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.

☐ **К 02.1** Кариес дентина – поражены ткани эмали и дентина.

☐ **К 02.2** Кариес цемента – почти полное разрушение зуба.

☐ **К 02.8** Другой кариес зубов.

☐ **К 03.1** Клиновидный дефект.

☐ 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 (представляемого) заболевания такое медицинское вмешательство, как лечение кариеса будет включать в себя следующие этапы: анестезия, препарирование кариозной полости, обработка антисептиками, наложение лечебной или изолирующей прокладки, наложение пломбы.

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: выпадение пломбы, рецидивирующий или вторичный кариес, воспаление пульпы, 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 «Ханбиков ДентЪ» 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.

(подпись, ФИО медицинского работника)

(подпись, дата)

(подпись, дата)

[illegible]