ШВЕЙЦАРСКАЯ ЭСТЕТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Общество с ограниченной ответственностью
“Точная стоматология”
ИНН/КПП: 2310194720/231001001
ОГРН: 1162375039727
Адрес регистрации и осуществления м\деятельности: 350072, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Московская, д. 57/1, офис. 8
Тел. 8(918)070-70-25; e-mail: Swisskrd07@yandex.ru

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

г.Краснодар «____» _____20__г.

Я,_____

(Ф.И.О -полностью , контактный телефон)

Являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным

_____

(**Ф.И.О.** ребенка или недееспособного гражданина – **полностью, дата рождения**)

в соответствии и на основании ст.ст 19- 23 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим выражаю свое добровольное информированное согласие на проведение медицинского вмешательства **мне\лицу,** интересы которого я представляю (не нужное вычеркнуть) в ООО «Точная стоматология» (Далее Исполнитель, либо медицинская организация) **проведение медицинского вмешательства – лечение кариеса и иных болезней твердых тканей зубов.**

Настоящим 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:

- ☐ **K02.0** Кариес эмали – на зубе произошло помутнение эмали, видимых разрушений нет, инструментальное обследование зондом не дало никаких признаков изменения структуры илина поверхности зуба появилась 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 **иныеболезни 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, очищение от некротизированного дентина и эмали с помощью сверления, формирование стенок и дна для оптимального наложения пломбы, обработка антисептиками, наложение лечебной или изолирующей прокладки, наложение пломбы, пришлифовка пломбы к остальным зубам (по прикусу), чтобы она не мешала при жевании,воссоздание вида здорового зуба.Я информирован(-а),что в ходе лечения будет применена местная анестезия, выбор которой производится лечащим врачом при моем согласии. Я понимаю, что всегда имеется риск применения местной анестезии, и такой риск мне полностью объяснен (приложение 1,2,3).

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).

Альтернативными методами лечения является: изготовление вкладки или накладки, установление коронки, удаление зуба илиотсутствие 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,невозможнопредоставить 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 «Точная стоматология» 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.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 мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом ООО **«**Точная стоматология**».**

Беседу провел врач_____

(подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства _____ **(подпись)** _____**(ФИО)**_____**(дата)**

Пациент (представитель пациента) отказался от проведения медицинского вмешательства _____ **(подпись)** _____**(ФИО)**_____**(дата)**

ЗУБНАЯ ФОРМУЛА:

8	**7**	**6**	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**

55	**54**	**53**	**52**	**51**	**61**	**62**	**63**	**64**	**65**
85	**84**	**83**	**82**	**81**	**71**	**72**	**73**	**74**	**75**