

Добровольное информированное согласие пациента на лечение кариеса

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 4,5,20,21,22,23,27 ФЗ №323 от 21.11.11г «Об охране здоровья граждан Российской Федерации », Законом о защите прав потребителей, ФЗ №326 от 29.11.10г. « Об обязательном медицинском страховании в РФ» и действующими законодательными актами.

г.Санкт- Петербург

" ____ " _____ 201__г.

1.Я, _____

Проинформирован(-а) о том, что лечение проводит врач-стоматолог-терапевт или врач-стоматолог, я доверяю квалификации врача (ФИО врача заявлены в таблице-приложении отдельно на каждое посещение). В исключительных случаях (например, болезнь врача) возможна замена врача, по моему согласию. Врач сообщил и разъяснил мне в доступной форме всю информацию о диагнозе и сути лечения, а так же о том, что уточнение диагноза допускается в процессе лечения.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, план и сроки лечения, количество посещений и я согласен(-а), что допускается коррекция намеченного плана, технологий ,сроков лечения и количества посещений в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения, о чем врач уведомит меня дополнительно, а именно:

- 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);
- кариозное поражение, которое кажется “небольшой дырочкой”, может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а следовательно, потребуются реставрация значительной части зуба, а при обнаружении кровоточащего участка пульпы- эндодонтическое лечение каналов зуба, постановка коронки (по ситуации).

Я ознакомлен(-а) с возможными альтернативными вариантами лечения, а именно:

- удаление пораженного зуба (зубов), при наличии противопоказаний для лечения;
- непроведение лечения.

Я предупреждён(-а) о возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа мною от рекомендованного плана лечения, а именно:

- прогрессирование кариеса;
- развитие его осложнений;
- появление либо нарастание болевых ощущений;
- потеря зуба (зубов);
- нарушение общего состояния организма и др.

Я предупреждён(-а) о возможных осложнениях под влиянием анестезии, а именно:

- отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, временная потеря чувствительности прилегающих тканей, снижение внимания, аллергические реакции.

Я предупреждён(-а) о возможных последствиях приема анальгетиков (в случае их назначения), а именно:

- аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов.

Мне разъяснены возможные осложнения после постановки пломбы, которые потребуют моих повторных визитов для их устранения, а именно:

- ощущение дискомфорта (завышения), болезненность при смыкании зубов. В этом случае потребуется повторная шлифовка и полировка пломбы.
- повышенная чувствительность пломбированного зуба, проявляющаяся кратковременными болями от температурных и химических раздражителей. В этом случае потребуется покрытие зуба лаком-десенситайзером или замена пломбы (по показаниям).
- воспаление пульпы вследствие проникновения бактерий кариозного поражения, при глубоком кариесе, что может проявиться длительными, самопроизвольными болями.

В этом случае потребуется полностью или частично снять поставленную пломбу, пролечить каналы зуба, поставить новую пломбу или восстановить зуб вкладкой и(или) коронкой. Лечение будет проведено в полном объеме, согласно прейскуранту.

Мне разъяснена и понятна информация о гарантиях.

Мне сообщено, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:

- Консультация стоматолога(-ов) иного профиля;
- Консультация у врача(-ей) общего профиля.

Я проинформирован(-а) о праве получения бесплатной медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий ОМС.

В случае моего желания получить возмездную (платную) услугу я проинформирован(-а) о стоимости отдельных этапов и лечения в целом. Моя подпись в Договоре оказания платных услуг свидетельствует о моём согласии на лечение на платной основе.

Содержание указанных выше медицинских терминов и действий, связанные с ними риски, возможные осложнения и последствия мне известны и понятны. Я хорошо понял(-а) разъяснения врача.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено врачом, оно полностью мне понятно, что я и удостоверяю своей подписью в таблице-приложении в графе "СОГЛАСИЕ на лечение" или "ОТКАЗ от лечения" при каждом посещении.

" " 201 Г

Подпись пациента

[illegible]