



Клиника
Эффективной
Стоматологии

ООО "Клиника Эффективной стоматологии"
Р/с 407 028 103 098 100 205 82, ИНН 5032216650
143030, Московская область, Одинцовский район,
село Успенское, дом 34, офисное помещение В1.

***Информированное добровольное согласие на медицинское
вмешательство.***

Лечение кариеса методом микропротезирования.

Настоящее Положение разработано в соответствии с Гражданским кодексом РФ, Законом РФ «О защите прав потребителей» (в редакции Федерального Закона РФ № 2 — ФЗ от 09.01.96 г., Федерального Закона РФ от 17.12.99 г. № 212-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «О защите прав потребителей»), Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (утв. Постановлением Правительства РФ от 13.01.96 г. №27).

Я, _____,
(Ф. И. О. полностью)

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач –стоматолог

(Ф. И. О. лечащего врача)

Мне сообщена, разъяснена врачом-стоматологом и понятна следующая информация о сути лечения кариеса методом микропротезирования.

О возможных негативных последствиях в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: прогрессирование кариеса; развитие его осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; перелом зуба; прогрессирование зубоальвеолярных деформаций; прогрессирование заболеваний пародонта; потеря зуба(ов); нарушение общего состояния организма.

Альтернативными методами лечения являются: лечение с помощью пломбы , реставрации, коронки, удаление поражённого зуба (зубов), отсутствие лечения как такового.

- ❖ **Лечение кариеса методом микропротезирования** заключается в удалении инфицированных твердых тканей зуба с последующим замещением дефекта одним из видов микропротезов (вкладка, накладка, винир), который изготавливается в зуботехнической лаборатории по слепку, сделанному врачом.
- ❖ В процессе лечения допустимо уточнение диагноза, коррекция рекомендованного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

- ❖ В частности, кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, увеличение объёма препарирования и реставрации в связи с выявлением скрытых кариозных дефектов;
- ❖ Вскрытие полости зуба с необходимостью проведения эндодонтического лечения
- ❖ О возможных осложнениях при снятии оттисков, а именно: проглатывание или вдыхание оттискных масс, микротравма слизистой оболочки полости рта;
- ❖ О возможных осложнениях после лечения, а именно: возникновение самопроизвольных болей от термических раздражителей или при накусывании на реставрацию, в результате чего может потребоваться замена реставрации или эндодонтическое лечение зуба; воспаление десны вокруг зуба;
- ❖ О возможности возникновения новых кариозных полостей на поверхностях зуба, ранее не подвергавшихся лечению, что не связано с выполненной реставрацией.
- ❖ Я понимаю, что соблюдение технологии не всегда позволяет избежать воспалительных процессов в зубе из-за индивидуальных особенностей течения воспалительного процесса и состояния здоровья зуба.

Мне озвучены и со мной согласованы:

- ❖ технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- ❖ сроки проведения лечения;
- ❖ стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом.
- ❖ возможные альтернативные варианты лечения.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я внимательно ознакомился(ась) и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

« ____ » _____ 20 ____ года

Подпись / _____
Ф. И. О. полностью

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал(а) ответы на все вопросы.

Подпись / _____
Ф. И. О. врача