

ООО «Стомат плюс»
Информированное добровольное согласие на лечение кариеса и иных болезней твердых тканей

зубов

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона об охране здоровья граждан в Российской Федерации № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г.

Я, _____ уполномоченно врача-стоматолога _____ провести лечение кариеса _____ зуба(ов), _____ процесс, развивающийся после прорезывания зубов и проявляющийся деминерализацией и размягчением твердых тканей зубов (эмали и дентина) с последующим образованием полости, а так же мне даны разъяснения о конкретной разновидности диагностированного у меня заболевания:

- **Кариес эмали** - на зубе произошло помутнение эмали, видимых разрушений нет, инструментальное обследование зондом не дало никаких признаков изменения структуры или на поверхности зуба появляется темная пигментация, при осмотре зуба зондом выявлено размягчение эмали.

- **Кариес дентина** - поражены ткани эмали и дентина.

- **Кариес цемента** - почти полное разрушение зуба.

Я предупрежден(а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение осложнений в виде новых заболеваний - пульпита и периодонтита.

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. Изготовление вкладки или накладки, установление коронки; удаление зуба или отсутствие лечения вообще.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства:
пульпит, воспаление пульпы, выпадение пломбы, несоответствие пломбы цвету эмали.

Я предупрежден(а) о невозможности предоставления гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении лечения. Мне разъяснено, что симптомами большинства выше описанных выше осложнений являются болевые ощущения в области

поврежденного зуба и что при их появлении мне необходимо обратиться в клинику ООО «Стомат плюс» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений и проведения при необходимости повторного лечения.

Я имел возможность задать доктору все интересующие меня вопросы и получил удовлетворяющие меня ответы на них и на основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение и даю добровольное информированное согласие на проведение в ООО «Стомат плюс» означенного лечения.

_____ подписать пациента
_____ подпись врача