

Информированное добровольное согласие пациента на проведение лечения по поводу кариеса

Я, Ф.И.О. _____
информирован/а/ врачом стоматологом _____
о необходимости провести лечение по поводу кариеса.

Этот документ содержит также всю необходимую информацию о том, что я ознакомился/лась/ с предполагаемым лечением, мог/ла/ либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение лечения.

Доктор поставил мне диагноз _____
и указал на возможные варианты лечения данного зуба, в том числе: при случайном вскрытии пульповой камеры применяют биологический метод, либо применение лечебных прокладочных материалов на основе фтора и кальция. Оба метода лечения являются сохраняющими жизнеспособность пульпы и являются вариантом без вмешательства в корневые каналы.

Доктор понятно объяснил мне, что зуб может давать болевую реакцию при накусывании в течении 2-3 дней после лечения, кратковременно реагировать на температурные раздражители. Также мне было сообщено, что зубы с невысокими клиническими коронками заведомо ориентированы на глубокий кариес или пульпит, так как имеют высокий рог пульпы, который может обнаруживаться уже в пределах эмалево-дентиной границы.

Мне понятно, что после лечения зубов современными композиционными материалами качество может снижаться (т.е. возможны изменения цвета, шероховатость, откол пломбы) вследствие употребления в пищу красящих продуктов, полоскания и прием настоев трав и некоторых лекарственных препаратов, неудовлетворительная гигиена полости рта, наличие вредных привычек (курения, откусывание ниток, лужанье семечек), употребление твердой пищи (орехи, сухари, кости).

Я был/а/ информирован/а/ о необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта, лечения и возможности проведения анестезии. Я осведомлен/а/ о возможных осложнениях после анестезии и приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я понимаю сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма. Согласен/а/ приступить к запланированному лечению. Мне были объяснены в доступной форме все возможные исходы лечения, в том числе негативные, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел/а/ возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился/лась/ с данным документом и понимаю, что последний является юридическим документом и влечет за собой правовые последствия.

на проведение лечения кариеса _____ зуба согласен/а/

Ф.И.О. и подпись пациента _____

Дата _____ Подпись врача _____