

Информированное добровольное согласие пациента на проведение прямой адгезивной реставрации зуба

Я, Ф.И.О. _____ информирован(а) врачом стоматологом _____ о необходимости провести реставрацию зуба.

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 следующий диагноз _____ и указал на необходимость проведения прямой адгезивной реставрации зуба.

Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом прямой адгезивной реставрации.

Я также ознакомлен(а) с возможными альтернативными вариантами эстетической реставрации: покрытие зуба металлокерамической коронкой, безметалловой керамикой, виниром, что предполагает массивную обработку коронковой части зуба. При эстетической реставрации прямым способом проводится восстановление утраченных зубных тканей за счет наложения светокомпозитного материала непосредственно на ткани зуба, полимеризация материала и тем самым восстановление коронковой части зуба.

Хотя предложенное мне лечение поможет сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что реставрация зубов – своего рода вмешательство в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов работ, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа, как если бы у человека выросли новые зубы.

Доктор понятно объяснил мне те осложнения, которые могут произойти в последующем во время пользования реставрированными зубами:

1. Частичный скол отреставрированной коронки.
2. При реставрации витальных (живых) зубов может появиться чувствительность на температурные раздражители.
3. Изменение первоначального цвета реставрации.
4. Нарушение краевого прилегания пломбы в виде появления видимой границы между краем зуба и пломбой.
5. Может быть полный отлом коронки реставрированного зуба.

Поэтому я понимаю необходимость контрольных осмотров согласно предложенного мне графика (обговоренному с доктором и записанному в истории болезни).

Я понимаю обязательность тщательной гигиены полости рта (уход за зубами с помощью зубной щетки и пасты, а также за реставрированными зубами).

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии.

Я проинформировал(а) _____ обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я получил(а) исчерпывающую информацию в доступной мне форме по предполагаемому лечению и согласен(на) с ним.

Я понимаю сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма. Согласен(на) 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 прямой адгезивной реставрации зуба согласен(а).

Ф.И.О. и подпись пациента _____

Дата _____

Подпись врача _____