

## ОБРАЗЕЦ

### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА И ПУЛЬПИТА МОЛОЧНЫХ ЗУБОВ, СМЕННОГО ПРИКУСА

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 РФ», Законом о защите прав потребителей и действующими законодательными актами.

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. «Законного представителя» пациента, находящегося на лечении в ООО «Стоматология Улыбка Тари») уполномочиваю врача \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. врача)

и даю добровольное согласие на проведение лечения моему ребенку (Ф.И.О. ребенка) \_\_\_\_\_.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания моего ребенка и понимаю, что очень сложно поставить точный диагноз (глубокий кариес или пульпит) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к медицинскому вмешательству. Окончательное решение по плану лечения врач может принять только после того, как врач вскрыет полость и удалит все патологические ткани из полости зуба. При этом возможны несколько вариантов лечения:

1. Наложение лечебной прокладки с последующим пломбированием зуба (1-2 посещения);
2. Лечение корневых каналов с последующим пломбированием - эндодонтическое (2-4 посещения).
3. Лечение пульпита ампутиационным методом (1-3 посещения). Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет необходим. Я осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и о всех возможных осложнениях, которые могут произойти вовремя и после лечения, в т.ч:

1. После лечения с наложением лечебной прокладки возможно проявление болевых ощущений, при нарастании которых врач вынужден произвести лечение по осложненному кариесу;
2. Обострение заболевания может возникнуть и в более отдаленные сроки, и это приведет к эндодонтическому лечению или удалению зуба;
3. При эндодонтическом вмешательстве возможно появление болевых ощущений в зубе при надкусывании и жевании.

Я согласен(а) на применение местной анестезии, а также осведомлен(а) о возможных осложнениях во время местной анестезии и при приеме лекарственных средств. Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травме нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений. Мне было предложено

провести аллергопробу ребенку на анестетики, т.к. ранее ребенку не ставили анестезии / (были аллергические реакции на анестетики).

Альтернативой является отказ от лечения, удаление зуба.

Я извещен(а) о необходимости соблюдать рекомендации лечащего врача, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия моего ребенка. Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего ребенка.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля во время лечения и даю свое согласие на его проведение, а также необходимость обязательного восстановления зуба после эндодонтического лечения. Понимая сложность предстоящего лечения, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры и следить за гигиеной полости рта своего ребенка. Я согласен(а), что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных сроках на стоматологические услуги и ознакомлен(а) со всеми требованиями и обязуюсь следить за их соблюдением моим ребенком.

Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия мною прочитан, полученные объяснения меня удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа и даю добровольное согласие на проведение лечения моему ребенку. Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Мы просим Вас внимательно отнестись ко всем просьбам и назначениям врача. Их строгое выполнение - залог безопасности Вашего ребенка во время лечения и в ближайшем после лечебного периода.

Данный документ прочитан мною лично, условия ИДС мне разъяснены и понятны.

С предложенным планом обследования и лечения, с назначениями врача, полностью и добровольно согласен « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г

\_\_\_\_\_ / √ \_\_\_\_\_

(Ф.И.О / подпись «Законного представителя»)

Расписался в моем присутствии \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. лечащего врача/ подпись лечащего врача)