

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
**на проведение медицинского вмешательства**  
**(стоматология терапевтическая)**

Я, \_\_\_\_\_, проинформирован (а) врачом стоматологом о состоянии моих зубов и полости рта и необходимости проведения терапевтического лечения кариеса, понимаю цель данного лечения.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым лечением, и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Последствием отказа от данного лечения могут быть прогрессирование кариеса и развитие его осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются удаление пораженного зуба (зубов), отсутствие лечения как такового.

Я ознакомлен(а) с информацией, касающейся каждого аспекта терапевтического лечения моих зубов, и понимаю, что данные аспекты направлены на сохранение моего здоровья.

Я понимаю важность соблюдения гигиены полости рта, обязательность контрольных осмотров и профессионального удаления зубных отложений.

Врач объяснил мне, что кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали, в действительности гораздо больше. Это связано с низкой прочностью расположенного под эмалью дентина. Мне объяснено, что дентин способен пропускать часть бактерий через свою толщу в пульпу зуба, поэтому при повреждении дентина в пульпе формируется очаг воспаления, размер которого зависит от протяженности кариозного дефекта. Очаг воспаления сохраняется после удаления кариеса и пломбирования зуба, а его ликвидация зависит от состояния моей иммунной системы. По этой причине спустя некоторое время после пломбирования зуба по поводу неосложненного кариеса, может потребоваться эндодонтическое вмешательство (лечение корневых каналов).

Я понимаю, что даже при самых тщательных методах диагностики кариеса врач не всегда может обнаружить кариозные повреждения на ранних стадиях. Это касается невидимых глазу поверхностей, которыми зубы примыкают друг к другу. Скрытые в толще эмали, такие полости не видны и на рентгеновских снимках, поэтому контрольные осмотры 1 раз в 6 месяцев позволяют обнаруживать и устранять такие дефекты.

Мне объяснено, что необходимо заменять реставрации, имеющие вторичный кариес или краевые щели, так как развитие кариозного поражения под такой реставрацией при ведет к поражению пульпы и потребует лечения корневых каналов. Если зуб с такими реставрациями ранее уже подвергался лечению корневых каналов, то доступ бактерий к корневым каналам приведет к их инфицированию,

Я осознаю, что несвоевременное лечение кариеса приведет к осложнениям в виде необратимой гибели пульпы зуба, что в несколько раз увеличит стоимость и сложность лечения данного зуба (зубов).

Я осведомлена(а) о возможных осложнениях во время анестезии, при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я ознакомлен(а) с диагнозом, с применяемыми материалами и технологиями, с правилами гигиены и мероприятиями по уходу за полостью рта, с гарантийными сроками и сроками службы, преysкурantom.

Врач поставил меня в известность, что при реставрации я должен(на) через 6 месяцев подойти к врачу на полировку и профессиональную гигиену, которая оплачивается дополнительно. В случае неявки гарантийный срок на услугу аннулируется.

Я внимательно прочитал(а) данное приложение и понимаю, что последнее является юридическим документом. Содержание его мне понятно, дополнительно разъяснено врачом.

Сознавая вышеизложенное, я добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства при проведении терапевтического лечения зубов.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью медицинской карты.

Врач \_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_ Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
**на проведение медицинского вмешательства**  
**(стоматология терапевтическая)**

Я, \_\_\_\_\_, проинформирован (а) врачом стоматологом о состоянии моих зубов и полости рта и необходимости проведения терапевтического лечения кариеса, понимаю цель данного лечения.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым лечением, и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Последствием отказа от данного лечения могут быть прогрессирование кариеса и развитие его осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются удаление пораженного зуба (зубов), отсутствие лечения как такового.

Я ознакомлен(а) с информацией, касающейся каждого аспекта терапевтического лечения моих зубов, и понимаю, что данные аспекты направлены на сохранение моего здоровья.

Я понимаю важность соблюдения гигиены полости рта, обязательность контрольных осмотров и профессионального удаления зубных отложений.

Врач объяснил мне, что кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали, в действительности гораздо больше. Это связано с низкой прочностью расположенного под эмалью дентина. Мне объяснено, что дентин способен пропускать часть бактерий через свою толщу в пульпу зуба, поэтому при повреждении дентина в пульпе формируется очаг воспаления, размер которого зависит от протяженности кариозного дефекта. Очаг воспаления сохраняется после удаления кариеса и пломбирования зуба, а его ликвидация зависит от состояния моей иммунной системы. По этой причине спустя некоторое время после пломбирования зуба по поводу неосложненного кариеса, может потребоваться эндодонтическое вмешательство (лечение корневых каналов).

Я понимаю, что даже при самых тщательных методах диагностики кариеса врач не всегда может обнаружить кариозные повреждения на ранних стадиях. Это касается невидимых глазу поверхностей, которыми зубы примыкают друг к другу. Скрытые в толще эмали, такие полости не видны и на рентгеновских снимках, поэтому контрольные осмотры 1 раз в 6 месяцев позволяют обнаруживать и устранять такие дефекты.

Мне объяснено, что необходимо заменять реставрации, имеющие вторичный кариес или краевые щели, так как развитие кариозного поражения под такой реставрацией при ведет к поражению пульпы и потребует лечения корневых каналов. Если зуб с такими реставрациями ранее уже подвергался лечению корневых каналов, то доступ бактерий к корневым каналам приведет к их инфицированию,

Я осознаю, что несвоевременное лечение кариеса приведет к осложнениям в виде необратимой гибели пульпы зуба, что в несколько раз увеличит стоимость и сложность лечения данного зуба (зубов).

Я осведомлена(а) о возможных осложнениях во время анестезии, при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я ознакомлен(а) с диагнозом, с применяемыми материалами и технологиями, с правилами гигиены и мероприятиями по уходу за полостью рта, с гарантийными сроками и сроками службы, преysкурantom.

Врач поставил меня в известность, что при реставрации я должен(на) через 6 месяцев подойти к врачу на полировку и профессиональную гигиену, которая оплачивается дополнительно. В случае неявки гарантийный срок на услугу аннулируется.

Я внимательно прочитал(а) данное приложение и понимаю, что последнее является юридическим документом. Содержание его мне понятно, дополнительно разъяснено врачом.

Сознавая вышеизложенное, я добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства при проведении терапевтического лечения зубов.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью медицинской карты.

Врач \_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_ Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.