

Информированное добровольное согласие на оказание терапевтической стоматологической помощи

Я, _____ дата рождения «__» _____ г. _____

адрес регистрации: _____

в отношении себя даю информированное добровольное согласие на оказание мне (ему/ей) терапевтической стоматологической помощи в ООО «_____» (лицензия № _____, выдана _____ г.). Настоящее согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказом Минздрава России от 12.11.2021 № 1051н.

1. Мне будет оказана терапевтическая стоматологическая помощь, включающая: осмотр, инструментальную диагностику, зондирование, перкуссию, термопробу, при необходимости — рентгенологическое исследование (прицельный снимок, ОПТГ, КЛКТ); лечение кариеса и некариозных поражений твёрдых тканей зубов; эндодонтическое лечение (при выявлении показаний); художественную реставрацию, восстановление анатомической формы зуба пломбировочными материалами; профессиональную гигиену и обработку поверхности зуба перед реставрацией (при необходимости). Цель лечения — устранение патологического процесса, восстановление функции и эстетики зуба, предупреждение осложнений.

2. План лечения формируется индивидуально после осмотра и диагностики. Возможные этапы: анестезия (местная инфильтрационная/проводниковая), применение коффердама или оптрагейта; препарирование поражённых тканей зуба; медикаментозная обработка полости; изолирующие и лечебные прокладки (по показаниям); восстановление зуба пломбировочным материалом; шлифовка и полировка реставрации; контрольные осмотры и рентгенологический контроль (по показаниям).

В ходе лечения может быть выявлена необходимость изменить план (например, при глубоком кариесе — лечение корневых каналов, при значительном разрушении — подготовка к ортопедическому восстановлению). О любых изменениях врач сообщит до их выполнения и получит дополнительное согласие.

3. Мне разъяснены возможные альтернативы: удаление поражённого зуба; отсроченное лечение или отказ от лечения (с риском прогрессирования заболевания, развития осложнений, потери зуба); иные варианты восстановления (вкладка, коронка и т. п.) — по заключению врача. Я понимаю, что выбор метода лечения осуществляется с учётом клинической ситуации, показаний и противопоказаний, а также моих пожеланий.

4. Возможные риски и осложнения: Мне разъяснено, что любое медицинское вмешательство связано с риском, и 100 % гарантии результата не существует. Возможные осложнения: болевые ощущения, постпломбировочная чувствительность, отёк мягких тканей; аллергические реакции на анестетики или материалы; перелом инструмента в канале, перфорация стенки корня, выход пломбировочного материала за верхушку корня (при эндодонтическом лечении); скол реставрации, изменение цвета пломбы; рецидив кариеса, необходимость повторного лечения; развитие пульпита или периодонтита при прогрессировании скрытого процесса; иные осложнения, обусловленные индивидуальными особенностями организма и течением заболевания.

5. При отказе от лечения возможны: прогрессирование кариеса, развитие пульпита, периодонтита, абсцесса, потеря зуба, нарушение жевательной функции, эстетические дефекты, распространение инфекции.

6. Для успешного результата важно: соблюдать рекомендации врача по гигиене и питанию (в первые сутки избегать красящих продуктов, не нагружать восстановленный зуб); приходить на контрольные осмотры; своевременно восстанавливать сильно разрушенные зубы ортопедическими конструкциями (по рекомендации врача). Гарантийные обязательства действуют при соблюдении рекомендаций клиники и графика осмотров.

7. Я даю согласие на: проведение необходимых рентгенологических исследований (с учётом лучевой нагрузки и противопоказаний); фото- и видеофиксацию манипуляций исключительно для контроля качества лечения, обучения и научных целей при условии обезличивания данных; обработку моих персональных данных в объёме, необходимом для оказания медицинской помощи и ведения медицинской документации (отдельно подтверждаю согласие на обработку персональных данных в соответствии с _____).

8. Мне разъяснено: право получить полную информацию о состоянии здоровья, методах лечения, рисках и альтернативах; право отказаться от медицинского вмешательства полностью или частично (с оформлением письменного отказа); право потребовать прекращения вмешательства в любой момент; право на получение копий медицинских документов в установленном порядке. Я подтверждаю, что получил(а) все необходимые разъяснения в доступной форме, имел(а) возможность задать вопросы, ответы на них меня удовлетворили. Моё решение является свободным и добровольным. С условиями гарантий в Клинике ознакомлен, согласен.

_____ 20 г.

Пациент (законный представитель): _____ / _____ /

(подпись) (Ф. И. О.)

Лечащий врач: _____ / _____ /

(подпись) (Ф. И. О.)

Экземпляр согласия выдан на руки пациенту: _____ (подпись)

Второй экземпляр хранится в медицинской карте пациента.

