Стоматологическая клиника «Семейная стоматология»
626150 Тюменская область г.Тобольск 7 микрорайон, д.46а

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
пациента на терапевтическое лечение зубов

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Я_____,
(Фамилия, Имя, Отчество пациента – полностью)

обращаюсь в стоматологическую клинику ООО «Семейная стоматология» для терапевтического лечения зубов.

Мне разъяснено и понятна информация о диагнозе и сути планируемых лечебных и диагностических манипуляций.

Мне понятна допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

Мне понятна допустимость коррекции намеченного плана лечебных или диагностических манипуляций врача, в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе их проведения, о чем он меня предварительно уведомит.

Врач сообщил мне обо всех альтернативных вариантах лечения, а именно возможно: реставрация материалом химического отверждения, стеклоиномерным цементом, светополимеризационным материалом, восстановление вкладкой.

Мне в доступной форме объяснили, какие последствия могут возникнуть в результате отказа от запланированного лечения, нарушение режима или не выполнения данных мне рекомендаций, именно возникновение болей в зубе, потеря зуба, ухудшение общего самочувствия и состояния организма.

Меня предупредили о возможных осложнениях под влиянием анестезии, а именно: отек, кровоизлияние, аллергические реакции, нарушение общего состояния здоровья.

Мне разъяснены и понятны возможные осложнения, которые могут возникнуть в процессе или после лечения, в том числе: гиперчувствительность зуба, возможность эндодонтического лечения.

Мне понятны гарантийные обязательства, передо мной и на каких условиях они даны. Данные мне гарантийные обязательства могут вступить в силу только в случае окончания запланированного комплексного лечения, о чем врач меня предупредит.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения, является выполнение мною всех данных мне рекомендаций врача, а именно:необходимо посещение стоматолога 1 раз в 6 месяцев для профилактического осмотра, необходимо соблюдать гигиену полости рта: чистить зубы щеткой и пастой 2 раза в день (утро, вечер), использовать дополнительные средства гигиены: флоссы, ершики, ирригатор полости рта, рекомендована полная санация полости рта, рекомендовано рациональное протезирование всех дефектов полости рта, необходимо правильное и своевременное лечение заболеваний периодонта необходима полировка (доработка) реставрационных поверхностей ежегодно, необходимо исключить употребление красящих продуктов питания (морковь, свекла, черника, соевый соус и т.д.) и напитков (кофе, чай, красное вино и т.д.) в течение двух суток после постановки пломбы, рекомендовано лечение сопутствующих заболеваний, рекомендовано лечение соматических (общих) заболеваний.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения кариеса могут понадобиться дополнительные методы обследования, а именно: дентальная рентгенография.

Мне названы и со мной согласованы сроки проведения работы и стоимость лечения. Мне известно, что в процессе проведения лечения кариеса может быть изменена стоимость в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня и обоснует повышение стоимости.

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях проводимого лечения, были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я осознанно и ответственно принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Врач-стоматолог поставил мне следующий диагноз и обосновал необходимость данного вида лечения

Дата	Ф.И.О.врача	Диагноз	Подпись пациента