

**Информированное добровольное  
согласие на лечение кариеса зубов**

Я, {{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.дата\_рождения\_год}}

(*ФИО полностью*), *года рождения*

проживающий (ая) по адресу: {{пациент.адрес}}

{{% if пациент.представитель\_имеется %}}

*Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан*

Я, {{пациент.представитель\_фио}}

Паспорт: {{пациент.представитель\_документ\_номер}} выдан {{пациент.представитель\_документ\_выдал}}

*являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:*

{{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.дата\_рождения\_год}}

(*ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения*)

{{% else %}} {{% endif %}}

В соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Федерального закона от 21.11.2013 г. № 317-ФЗ даю **информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.**

Я даю согласие на проведение при необходимости следующего вмешательства:

**1. Лечения кариеса**

Мне объяснено, что лечение **кариеса** заключается в удалении пораженных кариозным процессом тканей зуба, медикаментозной обработке подготовленной полости, с последующим восстановлением коронки зуба пломбировочным материалом.

Врач объяснил мне, что достоверно точно опередить объем и глубину пораженных кариесом тканей возможно только в процессе вмешательства, а, следовательно, может увеличиться предполагаемый объем восстановления зуба (пломбирования, реставрации), о чем врач меня предупредит заранее, в процессе лечения.

Также меня уведомили, что при глубоком распространении кариозного процесса - **начальном пульпите**, в пульпе (нерве) зуба определяются начальные воспалительные явления, которые в большинстве случаев являются обратимыми.

Поэтому наиболее предпочтительным для здоровья и лучшего долгосрочного прогноза при этой стадии кариозного процесса, является сохранение жизнеспособности пульпы(нерва) путем наложения лечебной прокладки с последующим восстановлением коронки зуба пломбой. В случае сохранения жизнеспособности пульпы зуба, по независящим от врача и правильности манипуляций причинам, существует риск:

- воспаления пульпы зуба (необратимого),
- развития воспалительного процесса в тканях вокруг корня зуба, как в процессе, так и после постановки постоянной пломбы.

Я информирован(а), что в этом случае за дополнительную плату, согласно действующему на момент лечения прейскуранту, будет проведено лечение корневых каналов зуба.

Мне сообщено и понятно, что одним из критериев эффективности оказания стоматологических услуг является результат проведенного лечения, подтвержденный фотографиями и рентгенограммами до, после и в процессе лечения в соответствии с согласованным планом лечения.

Я даю согласие на фотографирование моего лица и зубных рядов при оказании мне медицинских услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью клиники.

**Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) следующего медицинского вмешательства врачом {{пользователь\_дто.специалист.фио}}: Лечения кариеса**  
Клиника вправе заменить врача, предварительно уведомив меня об этом.

12. Оплата за манипуляцию производится в день проведения манипуляции по прейскуранту ООО «».

Подпись врача: \_\_\_\_\_

Подпись пациента/законного представителя: \_\_\_\_\_

Дата {{документ.текущая\_дата\_дд\_мм\_гггг}}