

Информированное добровольное согласие на лечение кариеса и иных болезней твердых тканей зубов

Я, Иванов Иван Иванович, 0 г. рождения.
Паспорт серия и номер: 0000 000000.
Выданный: 0.
Проживающий(ая) по адресу: .

Этот раздел бланка заполняется только на несовершеннолетних граждан и лиц, признанных недееспособными:	
Законный представитель(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)	_____
документ удостоверяющий личность :	_____
_____	_____
несовершеннолетнего или лица, признанного недееспособным: _____	
Ф.И.О. несовершеннолетнего или недееспособного гражданина (подпись) _____	

проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания:
Лечащим врачом мне разъяснено, что кариес - это патологический процесс, развивающийся после прорезывания зубов и проявляющийся деминерализацией и размягчением твердых тканей зубов (эмали и дентина) с последующим образованием полости, а так же мне даны разъяснения о конкретной разновидности диагностированного у меня заболевания:

- 1) кариес эмали - на зубе произошло помутнение эмали, видимых разрушений нет, инструментальное обследование зондом не дало никаких признаков изменения структуры или на поверхности зуба появилась темная пигментация, при осмотре зуба зондом выявлено размягчение эмали;
- 2) кариес дентина - поражены ткани эмали и дентина;
- 3) кариес цемента - почти полное разрушение зуба.

А так же иные болезни твердых тканей зубов:

Я предупрежден(а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение осложнения в виде новых заболеваний - пульпита и периодонтита. Врачом мне было разъяснено и понятно, что с учетом диагноза моего заболевания лечение кариеса будет включать в себя следующие этапы: анестезия, наложение коффердама (изоляция зуба от полости рта латексной завесой), очищение от некротизированного дентина и эмали с помощью сверления или обработка полости лазером, формирование стенок и дна для оптимального наложения пломбы, обработка антисептиками, наложение лечебной или изолирующей прокладки, наложение пломбы, пришлифовка пломбы к остальным зубам (по прикусу), чтобы она не мешалась при жевании, воссоздание вида здорового зуба, соблюдая все анатомические тонкости. Я предупрежден, что поражение зуба, которое кажется небольшим на поверхности эмали зуба, может оказаться значительным внутри. Это повлечет за собой большую площадь обработки зуба и, возможно, ненамеренное вскрытие полости зуба. В этом случае необходимо будет провести эндодонтическое лечение зуба. (депульпирование), что приведет к увеличению стоимости лечения. Альтернативными методами лечения является: изготовление вкладки или накладки; установление коронки; удаление зуба или отсутствие лечения. Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства: рецидивирующий, или вторичный, кариес (формирование кариозной полости рядом с пломбой); воспаление пульпы, выпадение пломбы, несоответствие пломбы цвету эмали. Я предупрежден(а) о невозможности предоставления гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении лечения. Мне разъяснено, что симптомами большинства из перечисленных выше осложнений являются болевые ощущения в области пролеченного зуба и что при их появлении мне необходимо обратиться в клинику для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений и проведения при необходимости повторного лечения. Я имел возможность задать доктору все интересующие меня вопросы и получил удовлетворяющие меня ответы на них и на основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение и даю добровольное информированное согласие на проведение означенного лечения.

Пациент: _____
(Дата) (Подпись) (ФИО)

Врач: _____
(Дата) (Подпись) (ФИО)