

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
на лечение кариеса зуба**

г. Люберцы, ул Кирова 7

**Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьёй № 20
Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011г. (ред. от 13.07.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской
Федерации"**

Я, (клиент, законный представитель) **ФИО**, проинформирован лечащим врачом о предполагаемом лечении кариеса зуба.

Я понимаю, что в данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз (кариес или хронический пульпит) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение по плану лечения врач может принять только после полного удаления размягченных тканей из кариозной полости. При этом возможно несколько вариантов дальнейшего лечения:

1. Постановка постоянной пломбы.
2. Наложение лечебной прокладки и восстановление зуба пломбой.
3. Наложение лечебных прокладок в два этапа с временным или постоянным восстановлением зуба пломбой и наблюдением за течением заболевания в течение нескольких месяцев (от 3 до 12) под рентгенологическим контролем через 3-6-12 месяцев;
4. Эндодонтическое лечение корневых каналов с последующим их пломбированием и восстановлением зуба пломбой в 2-6 посещениях.

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того какой вариант лечения будет возможен.

Последствиями отказа от лечения могут служить:

1. Развитие воспаления пульпы (нерва) зуба.
2. Некроз пульпы и развитие воспаления тканей вокруг корней зуба.
3. Перелом зуба с последующим его удалением.

Осложнения при лечении кариеса:

1. Постпломбировочные боли (при накусывании, от холодного) около 2-3-х дней. В ряде случаев (если боли носят интенсивный характер) может потребоваться эндодонтическое лечение, которое оплачивается по прейскуранту.
2. Возникновение болей в более отдалённый период, что также может привести к эндодонтическому лечению, которое оплачивается по прейскуранту.
3. При игнорировании жалоб и нарушении графика контрольных осмотров с рентгенологическим исследованием в последующем может обнаружиться некроз пульпы с возникновением воспаления околокорневых тканей — периодонтит, что может также привести к эндодонтическому лечению или удалению самого зуба.

Я осведомлен (-а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля во время лечения, если это требует выбранная тактика, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры два раза в год и следить за гигиеной полости рта. Я имел (-а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил (-а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение мне лечения кариеса.

Подпись (клиент, законный представитель)/Расшифровка _____/

Подпись врача/Расшифровка _____/