

СЕТЬ  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ  
КЛИНИК  
**АЛБА**

(фамилия, имя, отчество гражданина, одного из родителей ребенка до 15 лет, иного законного представителя)

(фамилия, имя, отчество ребенка (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство: Лечение кариеса и некариозных поражений зубов

(наименование вида медицинского вмешательства)

1. Я проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, диагнозе, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

3. Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения выяснится необходимость в частичном или полном его изменении. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

5. Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства:

- аллергические реакции на пломбировочный материал;
- повышенная чувствительность зубов на температурные раздражители в течение нескольких дней после пломбирования;
- при наличии глубокой кариозной полости возможно инфицирование пульпы зуба и развитие пульпита или периодонтита, что повлечёт за собой эндодонтическое лечение зуба;
- употребление кофе, крепкого чая и других продуктов, содержащих красители, в течение недели после пломбирования может привести к изменению цвета пломбировочного материала;

- при надкусывании твёрдых предметов, жёсткость которых превышает резерв прочности пломбирочного материала, возможны сколы пломбы;
  - при отказе от предложенного врачом покрытия зуба коронкой (в соответствии с утверждёнными стандартами) возможны сколы, выпадение пломбы, переломы коронки или корня зуба
  - зубной налет при неудовлетворительном уходе за полостью рта может привести к: изменению цвета композиционного материала, появлению пигментации по краю пломбы, рецидиву кариеса, выпадению пломбы. Аномалии прикуса и наличие дефектов зубных рядов (несвоевременное протезирование) могут создать чрезмерную нагрузку на пролеченный зуб и привести к выпадению пломбы.
6. Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время проведения анестезии (боли, гематомы, нарушения чувствительности, повреждения сосудов и нервов, нейропатии) и при приеме лекарственных средств.
7. Я даю разрешение моему врачу проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологическое обследование), которое врач сочтёт необходимым.
8. Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на лечение кариеса и некариозных поражений зубов мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных мне условиях.**

[illegible]