Стоматологическая клиника «Best-Stom», ООО «Бест-Стом», **лицензия № ЛО-70-01-002427, г. Томск, Кузнечный взвоз, 14**

в соответствии со ст. 20 ФЗ-323 от 21.11.11 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ; **ФЗ «О защите прав потребителей»**

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Я, _____, « » _____ _____ года рождения,

на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи добровольно даю согласие на обследование и лечение в ООО «Бест-Стом»: **терапевтическое лечение, проведение эндодонтического лечения (лечение корневых каналов зуба).**

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о предстоящем лечении:
Я проинформирован(а) врачом стоматологом-терапевтом о медицинских показаниях к проведению мне лечения кариеса зуба (зубов)/ эндодонтического лечения и получил(а) необходимые разъяснения по поводу диагноза (указан в медицинской карте).
Целью лечения кариеса и его осложнений (пульпита, периодонтита) является сохранение пораженного зуба и надежное предотвращение его вредного воздействия на организм в целом.
Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

2.4. В зависимости от ситуации, сложившейся в ходе лечения, допустима коррекция намеченного плана и технологийлечения:

кариозное поражение, которое кажется небольшим на эмали зуба, в действительности может оказаться больше, а, следовательно, увеличится площадь обработки зуба (снятие пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования);
кариозное поражение, которое кажется «небольшой дырочкой», может при обработке зуба оказаться значительной полостью, а, следовательно, может потребоваться реставрация значительной части зуба или восстановление методом протезирования (коронка).
К альтернативным методам относят удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения как такового.
Возможные сопутствующие проявления:
под влиянием анестезии - отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции;
последствия приема анальгетиков и антибиотиков - аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры;

В процессе лечения и после него возможны:

временный дискомфорт после лечения, продолжающийся от нескольких часов до нескольких дней, постпломбировочные боли при накусывании;
растрескивание уголков рта, травма слизистой или мягких тканей полости рта при непроизвольных движениях пациента;
при лечении глубокого кариеса не исключена в дальнейшем вероятность эндодонтического лечения; определенный процент (5–10%) неэффективного эндодонтического лечения вследствие биологических особенностей организма, а также индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья; возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие зуба при эндодонтическом лечении зуба; отлом эндодонтического инструмента внутри корневого канала и невозможность его извлечения;
перелечивание корневых каналов зуба или проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб; удаление зуба спустя некоторое время после проведенного эндодонтического лечения;
появление околокорневых изменений после пломбировки корневых каналов с плохой проходимостью.

2.7. **Клинические ситуации, влияющие на конечный результат лечения:**

При перелечивании ранее зампломбированных каналов зуба успех лечения значительно снижается при:

плохой проходимости корневых каналов; искривлении корневых каналов;
невозможности (в некоторых случаях) удаления из корневого канала старой пломбы или металлического штифта;

При перелечивании зуба, покрытого коронкой или являющегося опорой для зубного протеза (съемного или несъемного) не исключена вероятность:

снятия несъемного зубного протеза, а затем изготовления нового зубного протеза;
перелома зуба, что может привести к его удалению;
после лечения и перелечивания корневых каналов зуб будет более хрупким и его нужно будет защитить от возможного перелома путем постановки вкладки либо коронки.

3.Мне была предоставлена возможность предварительно ознакомиться с Положением о «Порядке предоставления гарантии на стоматологические услуги» в ООО «Бест-Стом», мне названы и со мной согласованы гарантии в моем конкретном случае.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; ориентировочные сроки проведения лечения и его стоимость, т.к. объем и характер работы можно будет определить только в процессе лечения.
Я понимаю, что:
для постановки точного диагноза и проведения эффективного могут понадобиться дополнительные обследования: ортопантомофамма, прицельный снимок, консультации стоматологов иного профиля и врачей общего медицинской профиля;
временные пломбы обязательно должны быть заменены на постоянные (если по вине пациента временные пломбы не заменены на постоянные, то дальнейшая ответственность за результат лечения и возможные осложнения с исполнителя снимается);
условием эффективного лечения является выполнение мною плана лечения, плана индивидуальных профилактических мероприятий и соблюдение всех рекомендаций и назначений врача.

Мною были заданы медицинскому работнику все интересующие меня вопросы о предстоящем лечении и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Данное информированное добровольное согласие действительно в течение всего срока оказания медицинской помощи в ООО «Бест-Стом». Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги. Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента: _____/ Ф.И.О. « » _____ г.	Подпись: медицинский работник _____/ Ф.И.О. врача « » _____ г.

Дата	Номера зубов (лечение)	ФИО	Подпись	Ком. мед. работника