**Информированное добровольное согласие на лечение кариеса.**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

разъяснено, что причиной кариеса является инфекция в твердых тканях зуба, возникающая при неудовлетворительной гигиене, злоупотреблении сладкого.

Диагноз данных заболеваний устанавливается клинически и/или подтверждается рентгенологическими исследованиями.

Возможным методом лечения кариеса является механическая обработка кариозной полости с последующим восстановлением анатомической формы зуба пломбировочным материалом.

Мне разъяснено, что при лечении кариозных поражений зубов вследствие физиологических изменений состояния организма, снижения иммунитета, общего состояния организма возрастных изменений кости, лечение может иметь следующие осложнения:

* Дискомфорт в области пролеченного зуба (от 1 недели до 2 месяцев)
* Лечение глубокого кариеса не всегда дает возможность предотвратить в последующем развитие воспаления пульпы (пульпит)
* При обработке кариозной полости возможны сколы стенок зуба
* При неудовлетворительной гигиене состояние пломб может ухудшиться, что может привести к рецидиву кариеса.

Я, в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», даю добровольное информированное согласие на выполнение медицинскими работниками ООО «Панорама Мед» лечебных манипуляций в соответствии с предложенными планом.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Подпись пациента/представителя (по доверенности) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № зуба | диагноз | Вид медицинского вмешательства | дата | Подпись пациента |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |