**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на восстановление витальных зубов композитными материалами**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я, в соответствии со статьей 20 Федерального закона «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» от 20.11.2011 г. №323-Ф3, даю добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Минздрава РФ от 23.04.2012г. №390н, с целью восстановления витальных зубов композитными материалами.

На \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зубе/зубах имеется кариозное поражение. Кариозное поражение занимает примерно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_% от объема твердых тканей зуба.

На рентгеновском снимке не обнаружены следующие изменения: расширение периодонтальной щели, воспалительные изменения костной ткани в области бифуркации, сообщение полости зуба с кариозной полостью.

Жалобы и данные объективного обследования отражены в медицинской карте.

При лечении витального зуба методом восстановления утраченных тканей с применением композитных материалов возможно развитие осложнений таких, как пульпит и периодонтит.

Мне объяснено, что сохранение витальности моего зуба/зубов продиктовано принципом наименьшей инвазивности вмешательства.

Врач уведомил меня о том, что для своевременного предотвращения осложнений необходимо проводить рентгенологическую диагностику восстановленного зуба не реже чем 1 раз в 6 месяцев в течении 3-х лет, если не оговорен другой график.

При возникновении вышеуказанных осложнений эндодонтическое лечение (лечение каналов), восстановление зуба, протезирование и другие, возможные методы лечения будут оплачены мною в полном объеме.

В качестве альтернативы предложены следующие планы лечения:

**- Эндодонтическое лечение зуба с последующим покрытие зуба коронкой**

**- Эндодонтическое лечение зуба с последующим восстановлением зуба керамической вкладкой.**

**- Восстановление витального зуба керамической вкладкой/ виниром/ коронкой**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (нужное вписать)

От альтернативного плана лечения отказываюсь: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о комплексе лечебно-диагностических мероприятий с целью получения наиболее благоприятного результата.

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах медицинского вмешательства, о его возможных последствиях.

Я проинформировал врача об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности.

Я имел (а) все возможности задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них исчерпывающие ответы.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_