**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на восстановление витальных зубов керамическими вкладками/винирами /коронками.**

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 керамическими вкладками/ винирами /коронками.

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

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

3. Жалобы и данные объективного обследования отражены в медицинской карте. Пункты 2 и 3 можно исключить, так как они отражаются в медицинской карте и при первичном приеме, когда подписывается Информационное добровольное согласие еще таких данных нет.

4. При лечении витального зуба методом восстановления утраченных тканей с применением керамических вкладок/ виниров/ коронок возможно развитие осложнений таких, как пульпит и периодонтит.

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

6. 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.

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

8. В качестве альтернативы предложены следующие планы лечения:

- Эндодонтическое лечение зуба с последующим покрытием зуба коронкой

- Эндодонтическое лечение зуба с последующим восстановлением зуба керамической вкладкой.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_