**Информированное добровольное согласие на**

**диагностическую ревизию зуба (рискованное лечение)**

*Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

Я, **,** проинформирован(а) моим лечащим врачом о поставленном диагнозе

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и необходимости лечения зубов в соответствии с Предварительным планом лечения.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания и понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз и спланировать соответст­вующее лечение, не прибегая к вмешательству. Окончательное решение лечения врач может принять только после того, как проведёт ряд подготовительных мероприятий (в зависимости от первоначального состояния зуба), в частности: снятие ортопедической конструкции, удаление литой штифтовой культевой вкладки, удаление анкерного штифта, препарирование и удаление старых пломб, кариозных тканей, размягчённого дентина из полости зуба, а также по факту наблюдения за состоянием зуба после вмешательства.

При этом возможны два варианта лечения:

1. Уточнение диагноза, позволяющего выполнить консервативное лечение зуба, и в соответствии с ним выбор и согласование с пациентом тактики лечения по сохранению зуба. Пациент в этом случае оплачивает последующее лечение согласно утвержденного или скорректированного после диагностической ревизии плана лечения.
2. В случае выявления показаний к удалению зуба (перелом, трещина, перфорации, невозможность прохождения корневых каналов, полное разрушение коронковой части зуба с отсутствием феррула, невозможность извлечения отломка инструмента в канале, вкладки, штифта, подвижность 3-4 степени, рецессия десны и т.п.) врач принимает решение об удалении зуба. В этом случае пациент оплачивает диагностическую ревизию и все выполненные манипуляции по препарированию зуба, удалению старой пломбы, снятию коронок, извлечению инородных тел из зуба, временное пломбирование каналов и полостей зуба.

Далее составляется новый план лечения и после согласования с пациентом проводится соответствующее лечение.

Я понимаю, что стоимость лечения зависит от того, какой вариант лечения будет возможен и что в случае уточненного диагноза кроме непосредственно лечебных манипуляций я обязан оплатить также услугу диагностической ревизии зуба, даже если данная манипуляция будет завершена удалением зуба. В случае необходимости во время диагностической ревизии и лечебных манипуляций может быть использован стоматологический медицинский микроскоп, использование которого оплачивается дополнительно в соответствии с прайсом клиники.

Я осведомлён(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время, и после лечения, после диагностической ревизии в сочетании с основными и дополнительными методами диагностики врач поставит уточненный диагноз и проведет соответствующее лечение;

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии для обезболивания ме­дицинских манипуляций. Местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматри­вает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эф­фекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуаль­ной восприимчивости организма и проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и времен­ном ощущении припухлости. Анестетик в случае необходимости может быть добавлен врачом в процессе лечения.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на меди­каментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего крово­течения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохра­няться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспа­ления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекар­ственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех имеющихся у меня заболе­ваниях.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время прима анальгетиков и антибиотиков.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их проведение.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести каче­ственное лечение, исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопока­заниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в Листе учета дозовых нагрузок при про­ведении рентгенологического обследования.

Мне разъяснена необходимость, как во время лечения, так и после его окончания приходить на назначен­ные врачом контрольные осмотры и профилактические мероприятия, соблюдать гигиену полости рта.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответст­вующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответст­вующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на все овеществленные результаты услуг и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии в клинике, ко­торые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информиро­ван в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стои­мость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие от­веты и разъяснения на них. Я получил от врача разъяснение значений всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии, в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять об объеме и стоимости оказанных услуг близким родственникам и моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных стоматологических услуг. Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне лечения на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / /

 (подпись пациента) (ФИО полностью)

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

 (подпись врача) (ФИО)

Дата «\_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г