

Приложение к договору 3.1

Информационное согласие на проведение реставрации зуба

Я был(а) проинформирован(а) о том, что мне необходимо провести реставрацию зуба.

Этот документ содержит также необходимую информацию для того, чтобы я ознакомился(лась) с предложенным лечением и мог(ла) отказаться от него или согласиться на проведение данного лечения.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть:

- 1) прогрессирование заболевания;
- 2) дальнейшее разрушение зуба;
- 3) развитие осложнений;
- 4) появление или усиление боли;
- 5) эстетический дефект.

Альтернативным методом лечения являются:

- 1) постановка пломбы (из цемента стеклоиономерного, компомерного или композитного материала);
- 2) изготовление вкладки;
- 3) изготовление накладки или ламината;
- 4) изготовление коронки;
- 5) отсутствие лечения вообще.

Доктор объяснил мне необходимость придерживаться всех его назначений и рекомендаций. Предложенное лечение поможет мне сберечь зуб и получить желаемый эстетический результат, при этом я понимаю, что реставрация зуба – это своего рода вмешательство в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических процессов, поскольку полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного аппарата.

Реставрация зуба подлежит регулярному осмотру (по графику, обговоренному с врачом и записанным в Договоре/истории болезни). Возможна необходимость коррекции и полировки реставрации в случае возникновения пигментации, сколов, трещин.

Я проинформирован(а) о возможных осложнениях во время и после реставрации зуба, какими могут быть:

- 1) воспаление слизистой и маргинального края дёсен;
- 2) развитие осложнения в случае токсического действия фотополимерного композита на пульпу зуба;
- 3) получение неудовлетворительного цвета зуба.

Я предупрежден(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приёме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) врача обо всех

случаях аллергии на медикаменты в прошлом и об аллергических реакциях в данное время.

Понимая суть предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный результат запланированного лечения. Мне были пояснены все возможные последствия лечения, а также альтернативные методы лечения. Я также имел(а) возможность задавать все вопросы, которые меня интересовали. Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он имеет юридическую силу и может повлечь правовые последствия.

Данный документ является приложением и неотъемлемой частью истории болезни и Договора.

Дата _____

Пациент _____
(фамилия, подпись)