**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства на восстановление зуба временной коронкой**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20

Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество полностью, дата рождения),

уполномочиваю врача-стоматолога\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ провести установку временой (-ых) коронки (-ок) на зубы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Этот документ содержит необходимую информацию за тем, чтобы я ознакомился (-лась) с предлагаемой процедурой и мог(-ла) либо отказаться от нее, либо дать свое согласие на проведение данного лечения. Врач поставил мне следующий диагноз:

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

Временная коронка устанавливается на зуб (-ы), коронка которого требует защиты на этапах проведения ортопедического лечения до момента изготовления постоянной конструкции.

Мне было разъяснено, что временная композитная/ пластмассовая коронка имеет свои особенности. По истечению некоторого времени данный материал будет подлежать замене по причине своей недолговечности и не способности длительно выдерживать жевательную нагрузку. Композитный/пластмасса, материал неравномерно распределяет нагрузку на ткани зуба при жевании и не достаточно устойчив к полноценной жевательной нагрузке, вследствие чего возможны сколы/переломы, расцементировки временной коронки.

В случае отказа от восстановления зуба временной коронкой, возможно развитие осложнений: резкая болевая чувствительность, разрастание десны, скол пломбы или собственных тканей зуба, перелом зуба, ранняя потеря зуба, невозможность дальнейшего ортопедического лечения.

Развитие осложнений может привести к удалению зуба и полностью поменять клиничискую картину и план ортопедического лечения.

Меня ознакомили с факторами, влияющими на успех лечения:

Правильный уход за полостью рта имеет решающее значение для сохранения здоровых зубов и целостности реставраций. Регулярное посещение гигиениста – 1 раз в 3-4 месяца, в соответствие с индивидуальными показаниями.

Активность течения кариозного процесса в полости рта.

Особенности питания: употребление чрезмерного количества углеводов может вызвать кариес, в т ч. вокруг реставраций.

Вредные привычки: скрежетание зубами, надкусывание губ и щёк снижают срок службы реставраций и коронок.

Психологический фактор: понимание пациентом, важности гигиены, периодических контрольных осмотров и выполнение всех рекомендаций.

Я осведомлен(-а) о возможных осложнениях во время анестезии при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(-а) доктора о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мне были объяснены всевозможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел(-а) возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Меня уведомили, что клиника и ее персонал не несет ответственность за качество предоставляемых услуг в следующих случаях:

1. Возникновение аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее.

2. Осложнений, возникших по причине неявки пациента на прием или контрольный осмотр в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций.

3. Переделок и исправления работ в другом лечебном учреждении.

4. Ремонта, порчи и исправления работы самим пациентом.

5. Истечения срока гарантии на оказанные услуги.

6. Неудовлетворительного состояния гигиены полости рта.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с проведением данного вмешательства и последующего периода.

На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мое решение является свободным и добровольным. Я ознакомлен(а) Правилами оказания медицинских услуг и обязуюсь соблюдать их.

Содержание настоящего документа мною прочитано, мне разъяснено и полностью понятно.

Дополнительных разъяснений не требуется, что удостоверяю своей подписью.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.