**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ**

**Центр Стоматологии «Формула Улыбки»**

153000, Россия, Ивановская обл., Иваново, ул. Степанова, д.15

ИНН 3702746733, КПП 370201001, ОГРН 1143702030174

Лицензия № ЛО-37-01-001377 от 30.07.2019 года.

**Информированное добровольное согласие на терапевтическое стоматологическое лечение**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен(а) на проведение терапевтического стоматологического лечения.

Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

Я проинформирован(а), что этиология патогенез заболевания кариесом связаны с недостатком гигиены и эндогенными причинами, определяющими устойчивость к кариесу.

Методы диагностики: осмотр, зондирование, химические кариес маркеры, рентгенологическое исследование.

Методы лечения, в соответствии с принципами медицинской практики и современными достижениями медицины: удаление пораженных тканей, замещение пораженных тканей пломбировочным материалом.

Перспективы и результаты медицинского вмешательства по данным медицинской литературы при имеющемся заболевании зависят при качественно оказанной помощи, от текущего и последующего состояния здоровья, от соблюдения пациентом рекомендаций по сохранению результатов лечения, посещений проф. осмотров, Альтернативным способом лечения является удаление зуба, отсутствие лечения. При отказе от лечения неизбежно прогрессирование разрушения зуба, появление и усиление болевых ощущений, развитие осложнений- пульпита, затем периодонтита , остеомиелита.

Возможные осложнения, время их развития и исчезновения, методы и результаты их коррекции:

Гематома – после проведения местной анестезии, проходит самопроизвольно в течении недели.

Пульпит – может возникнуть в любой срок, требует обязательного лечения каналов зуба.

**Скол стенки зуба** – может возникнуть в любой срок, требует лечения каналов, реставрация коронки зуба вкладкой и коронкой, в случае скола под десну показано удаление.

**Изменение цвета пломбы** может возникнуть в любой срок, требуется повторная реставрация.

**Болевые ощущения** могут возникнуть на протяжении первых 2-4 дней после лечения. При этом может потребоваться удаление пульпы, прием антибиотиков, обезболивающих, десенсибилизирующих препаратов.

Методы реабилитации после проведения лечения, способствующие скорейшему выздоровлению, а также методы первичной и вторичной профилактики: соблюдения рекомендаций врача, покрытие пломбы и эмали зуба защитными средствами, соблюдение гигиены полости рта, поддержание высокой неспецифической сопротивляемости организма, посещение врача для профилактических осмотров 1 раз в 6 месяцев.

Мне известно, что при проведении стоматологического лечения возможны аллергические реакции и связанные с ними осложнения. В случае необходимости, я доверяю врачу расширить объем оказываемых услуг до необходимого для надлежащего оказания медицинских услуг или предотвращения вреда состоянию моего здоровья.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода, включая информацию об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратов и медицинских изделиях, в том числе о сроках их готовности (гарантийных сроках) показаниях и противопоказаниях к применению.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получения от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Я **принимаю решение о лечении** на предложенных мне условиях.

Подпись пациента.........................................................… /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись врача.................................................................. /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.