



УТВЕРЖДАЮ  
Генеральный директор  
ООО «Дента Арт»  
/В.Г. Кравченко/

Приложение № 4 к приказу 1709/1 от «17» сентября 2018г.

Типовая форма

Информированное добровольное согласие пациента

на стоматологическое лечение по терапевтическому запечатывание фиссур зуба в ООО «Дента Арт»

Я, \_\_\_\_\_  
" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения,  
Законный представитель \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя),  
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в стоматологической клинике общества с ограниченной ответственностью «Дента Арт», а именно проведение

**стоматологического лечения по терапевтическому лечению запечатывание фиссур зуба**

№ \_\_\_\_\_  
Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым лечением и мог либо отказаться от него, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз \_\_\_\_\_

и указал на необходимость запечатывания фиссур этих зубов.

Доктор объяснил **суть герметизации фиссур**, а именно, что герметизация фиссур проводится с целью профилактики и заключается в покрытии фиссур тонкой пленкой специального материала. Это позволит при правильной гигиене полости рта значительно снизить риск поражения фиссур кариесом. Герметизация производится без анестезии.

**Последствиями отказа от данного лечения могут быть:** развитие и прогрессирование кариеса и **развитие его осложнений** (воспаление пульпы (нерва) зуба и тканей окружающих корень зуба (в том числе отек и воспаление мягких тканей лица, абсцесс и флегмона челюстно-лицевой области, которые могут привести к летальному исходу); появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба, а также системные проявления заболевания).

**Альтернативными методами** лечения являются: отсутствие лечения как такового.

Я осознаю, что данная процедура не имеет гарантийных сроков и сроков службы, поскольку нельзя прогнозировать такие индивидуальные факторы, как степень минерализации эмали, наследственную предрасположенность к развитию кариеса, развитие и рост бактерий вызывающих кариес в полости рта. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

Я ознакомлен с информацией, касающейся каждого аспекта терапевтического лечения моих зубов, и понимаю, что они направлены на сохранение моего здоровья.

Я понимаю важность соблюдения гигиены полости рта, обязательность контрольных осмотров и профессионального удаления зубных отложений.

Я ознакомился с гарантийными сроками, сроками службы и условиями предоставления гарантий по терапевтическому лечению запечатывание фиссур зуба.

Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы.

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

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и несет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

С информированным согласием ознакомлен и согласен.

Подпись пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Дата “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.