**Информированное добровольное согласие на лечение кариеса**

От «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Я(ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,врачом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,проинформирован(а) о необходимости терапевтического лечения (лечение кариеса) зуба(зубов)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и **даю своё согласие на его (их) лечение.**

Врач поставил мне диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Целью лечения кариеса является устранение боли в зубе, снятие повреждённых тканей зуба.

Методом лечения кариеса является препарирование зуба (убираем пораженные участки зуба), медикаментозная обработка зуба, восстановление зуба композитным материалом.

Вы время процедуры Вы можете почувствовать дискомфорт, резкую боль (при глубоком кариесе).

Предполаемыми результатами лечения кариеса является снятие поврежденных тканей зуба и снятие боли.

Противопоказанием данной процедуры могут быть психические заболевания, непереносимость анестезии, ограничение открытия рта (в этом случае качественное лечение практически невозможно).

Доктор тщательно обследовал мои зубы и полость рта. Мне объяснили все существующие методы лечения моего состояния зубной системы.

Мне понятен план, объём и цели лечения, возможные осложнения на этапах лечения и необходимость возможного дополнительного обследования, изменения сроков лечения, дополнительной оплаты. Обязуюсь строго исполнять рекомендации лечащего врача.

Я полностью информировал(а) врача о своём физическом, душевном здоровье, наличии у меня аллергических или необычных реакции на лекарства, пищу, укусы насекомых, обезболивающие препараты и о сопутствующих заболеваниях.

 Я разрешаю доктору делать фотографии, рентгеновские снимки, модели, связанные с моим состоянием и лечебными процедурами.

***Мне понятен смысл каждого пункта данного документа, я добровольно и осознанно даю согласие на лечение на вышеуказанных условиях и доверяю квалификации врача.***

Я уведомлён, что несоблюдение указании(рекомендации) лечащего врача, в том числе назначенного режима лечения могут снизить качество медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным Согласием и понимаю, что последнее является юридически значимым документом

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_