**Общество с ограниченной ответственностью Центр эстетической медицины «Консул СТ»** 622049 Свердловская область, г. Нижний Тагил, Уральский пр., 81. Тел.: /3435/ 44-26-30, k[onsul-st@mail.ru](mailto:onsul-st@mail.ru), сайт: konsul-st.ru

центр эстетической медицины

*р/с 40702810416540005716 в Уральский банк ПАО «СБЕРБАНК РОССИИ» г. Екатеринбург к/с 30101810500000000674*

*БИК 046577674 ИНН 6623070600 КПП 662301001 ОКПО 67720525 ОГРН 1106623004146 ОКТМО 65751000*

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

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство  
Реставрация зуба**  
Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» 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.  
Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_  
 (фамилия, имя, отчество пациента)  
получил(а) подробные объяснения по поводу состояния зубов.  
Я понимаю, что целью моего обращения и целью оказания платных медицинских услуг  
является мое желание изменить форму и/или цвет зубов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее по тексту – реставрация),  
что достигается путем применения необходимого пломбировочного материала. Я обязуюсь  
согласовать с врачом максимально точно желательную мне форму и цвет зубов для проведения  
реставрации, однако я соглашаюсь с тем, что окончательный эстетический результат по плану  
реставрации может быть приближен к ожидаемому мной, но не может быть заранее предсказан в силу  
особенностей биологического организма человека, поэтому я соглашаюсь с тем, что в случае моего  
субъективного непринятия эстетического результата (форма, цвет реставрации), я буду оплачивать  
стоимость дальнейших переделок реставрации в соответствии со стоимостью новой реставрации.  
Я соглашаюсь с тем, что вследствие индивидуальных особенностей строения зубов, для  
достижения необходимого эстетического эффекта возможно увеличение площади обработки зуба  
(снятия пораженных тканей), а также объем его восстановления (пломбирования), в том числе  
соглашаюсь с вероятностью необходимости лечения корневых каналов при риске возникновения  
пульпита.  
Я информирован(а) о возможных альтернативных вариантах достижения эстетического  
результата, в том числе о постановке виниров или коронок и отказываюсь от них в пользу реставрации.  
Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут  
использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.  
Я соглашаюсь с тем, что во время и после лечения, может возникнуть: воспаление пульпы  
вследствие проникновения бактерий, если слой дентина тонкий или повреждается в процессе  
обработки зуба; появлении кариозного процесса по прошествии какого-то времени, что может  
потребовать лечение корневых каналов лечения, которое будет осуществляться за отдельную плату.  
Мне разъяснена необходимость применения обезболивания (местной инъекционной анестезии)  
с целью обезболивания медицинских манипуляция. Местная анестезия проводится в области  
выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с  
использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до  
нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и  
проявляется в потере чувствительности в области обезболивания и временном ощущении  
припухлости.  
Мне разъяснено, что применение анестезии может привести в редких случаях к аллергическим  
реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и  
другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани  
и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области  
инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и  
дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области  
существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных  
или наркотических веществ.  
Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения,  
во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на их  
проведение.  
Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет  
провести качественное лечение, и исключить осложнения после лечения, поэтому значительно  
ограничит гарантийный срок. Я информирован о противопоказаниях и возможных осложнениях  
рентгенологического обследования.  
Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются  
необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты.  
Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе  
учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.  
Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным  
препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а также о всех  
имеющихся у меня заболеваниях.  
Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с  
тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я соглашаюсь, что  
ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения  
специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и  
инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического  
режима.  
Я получил(а) полную информацию о гарантийном сроке на пломбирование и ознакомлен(а) с  
условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их  
несоблюдения я лишаюсь права на гарантию. Мне ясно, что гарантия осуществляется только на  
нахождение пломбы в зубе, но не распространяется на остальные ткани зуба, иные и вновь  
возникающие заболевания зуба.  
Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я  
информирован в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений  
моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.  
Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены  
исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских  
терминов, имеющихся в настоящем документе.  
Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости  
рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе,  
а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.  
Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся  
неотъемлемой частью медицинской карты пациента и договора на оказание платных  
стоматологических услуг, понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.  
Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для лечения кариеса на  
предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

(подпись пациента) (ФИО полностью)

Подпись врача: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись врача) (ФИО полностью)

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