

**Інформована добровільна згода  
на проведення медичного стоматологічного втручання  
/реставрація і пломбування зубів/**

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ року народження, цим документом підтверджую факт надання усвідомленої згоди на проведення **стоматологічного лікування** зубів шляхом їх реставрації в Амбулаторії **ГТОВ «УСМІШКА» ЛТД**.

Своїм власним підписом я підтверджую, що у повністю зрозумілому та доступному вигляді мені була надана інформація стосовно стану мого здоров'я, поставленого діагнозу, можливого прогнозу, ризиків і ускладнень лікування, а також найбільш ефективних для мене методів лікування.

Мені була надана можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні та зрозумілі для мене відповіді. Після консультації я мав (-ла) достатньо часу і можливостей все обміркувати та порадитися з іншими особами (близькими та родичами, спеціалістами тощо). У мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації і намірів лікарів та інших медичних працівників Амбулаторії, де я буду проходити стоматологічне лікування.

Я повністю зрозумів мету та характер запропонованих стоматологічних втручань, їх лікувальний та естетичний ефект. Мені пояснили, що заплановані втручання не можуть дати 100% результат, а будь-які строки у такому лікуванні не є точними.

Я погоджуюся виконувати усі рекомендації лікуючого лікаря, у т.ч. щодо режиму та обмежень у харчуванні, догляду за зубами та встановленими конструкціями тощо. Лікар пояснив мені необхідність дотримуватись усіх його призначень та рекомендацій. Запропоноване лікування допоможе мені зберегти зуб і отримати бажаний естетичний результат.

**Наслідками відмови від цього лікування можуть бути:**

- прогресування захворювання,
- подальше руйнування зуба,
- розвиток ускладнень,
- поява або наростання болю,
- естетичний дефект.

**Альтернативними методами лікування є:**

- встановлення пломби (з цементу, склоіономерного, компомерного або композитного матеріалу);
- виготовлення вкладки або накладки;
- встановлення коронки;
- відсутність лікування взагалі.

Я проінформований (-на) про можливі ускладнення під час та після реставрації зуба, якими можуть бути:

- запалення слизової та маргінального краю ясен;
- розвиток ускладнення в разі токсичної дії фотополімерного композиту на пульпу зуба;
- розвиток ускладнення в разі тонкого шару припульпарного дентину;
- отримання незадовільного кольору зуба.

Я інформований (-на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я проінформував (-ла) лікуючого лікаря, про усі випадки алергії до медикаментозних препаратів у минулому, про алергічні прояви (їх відсутність) в цей час.

Я знаю та розумію, що практична стоматологія не є точною наукою і що не може бути 100% гарантії на результат лікування навіть при ідеальному виконанні всіх його клінічних і технологічних етапів. Розуміючи суть запропонованого лікування й унікальність власного організму, я згоден (-на) з тим, що ніхто не може передбачити точний результат запланованого лікування.

Я віддаю собі звіт, що можливі ускладнення після цього лікування, в разі їх настання, не є прогнозованою шкодою здоров'ю і усуваються належним чином в межах Медичного закладу або при показаннях в умовах стаціонару щелепно-лицевого відділення.

Я проінформований (-на), що гарантійні терміни і строки служби реставрацій визначені Положенням про гарантійні зобов'язання, які доступні для ознайомлення в Куточку споживача.

Я зобов'язуюся один раз на 6 (шість) місяців відвідувати лікаря з метою проведення профілактичного огляду і гігієни порожнини рота. Можлива необхідність корекції та поліровки реставрації в разі виникнення пігментації, відколів, тріщин. У випадку невиконання мною цих зобов'язань строк гарантійного обслуговування зменшується відповідно до Положення про гарантійні зобов'язання.

Текст цього документу мною прочитано та своїм підписом я підтверджую, що повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено. Я розумію, що ця згода є юридичним документом і тягне для мене правові наслідки.

Цей документ є невід'ємною частиною медичної карти стоматологічного хворого.

Підпис пацієнта \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(підпис) (П.І.Б.)

Лікуючий лікар \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(підпис) (П.І.Б.)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.