

## Інформаційна згода на проведення реставрації зуба

Я \_\_\_\_\_  
уповноважую лікаря-стоматолога \_\_\_\_\_  
провести реставрацію зуба(ів). \_\_\_\_\_

Цей документ містить також необхідну інформацію для того, щоб я ознайомився(лася) із запропонованим лікуванням і міг(могла) або відмовитися від нього, або дати свою згоду на проведення даного лікування.

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

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

**Альтернативними методами лікування є:**

- 1) встановлення пломби(з цементу, склоіономерного, компомерного або композитного матеріалу);
- 2). виготовлення вкладки;
- 3). накладки або ламінатів;
- 4) встановлення коронки;
- 5). відсутність лікування взагалі.

Лікар пояснив мені необхідність дотримуватись усіх його призначень та рекомендацій. Запропоноване лікування допоможе мені зберегти зуб і отримати бажаний естетичний результат, проте я розумію, що реставрація зуба- це – свого роду втручання у біологічний організм. і, як будь-яка медична операція, не може мати стовідсоткової гарантії на успіх, навіть при ідеальному виконанні всіх клінічних і технологічних станів, оскільки повне одужання означає біологічне відновлення цілісності жувального апарату.

Реставрація зуба підлягає регулярному огляду (за графіком, обговореним з лікарем і записаним в Договорі / історії хвороби.) Можлива необхідність корекції та поліровки реставрації в разі виникнення пігментації, відколів, тріщин.

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

- 1). запалення слизової та маргінального краю ясен;
- 2). розвиток ускладнення в разі токсичної дії фото полімерного композиту на пульпу зуба;
- 3) отримання незадовільного кольору зуба.

Я обізнаний(на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я проінформував(ла) лікаря про всі випадки алергії до медикаментозних препаратів у минулому і про алергічні реакції в даний час.

Розуміючи суть запропонованого лікування й унікальність власного організму, я згоден(на) з тим, що ніхто не може передбачити точний результат запланованого лікування. Я розумію, що мені не надаються гарантії, але вважаю, що реставрація зуба – в моїх інтересах.

Мені були пояснені всі можливі наслідки лікування, а також альтернативні методи лікування. Я також мав(мала) можливість ставити всі питання, які мене цікавили.

Я уважно ознайомився(лася) з даним документом і розумію, що він має юридичну силу і несе для мене правові наслідки.

Даний документ є додатком і невід'ємною частиною історії хвороби та Договору. Лікар вказав на необхідність лікування зуба(ів) методом реставрації та поставив наступний діагноз:

Діагноз: \_\_\_\_\_

Підпис пацієнта: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

