

**МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР
ТОВ «МЕРЕЖА ЕСТЕТИЧНИХ КЛІНІК
«АКУЛА»»**

Медична карта №

| |
|--|
| |
|--|

**Інформована згода
на проведення реставрації зуба
(шляхом виготовлення суцільнокерамічних коронок або вінірів)**

Я, _____
цим підтверджую факт надання усвідомленої згоди на проведення **реставрації зуба**.

Діагноз (заповнюється лікарем): _____

Лікування буде проводити **лікар-стоматолог-ортопед** _____

У мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації та намірів лікаря, який буде проводити втручання.

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

Я повністю зрозумів (ла) мету та характер медичних втручань, їх лікувальний та естетичний ефект. Я мав (ла) можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні, зрозумілі для мене відповіді.

Лікар пояснив мені суть лікування та повідомив про наступне:

- 1.** Запропоноване лікування допоможе зберегти зуб і отримати бажаний естетичний результат. Не зважаючи на те, що реставрація зубів має дуже високий відсоток клінічного успіху, воно також є втручанням в унікальну біологічну систему організму людини, в якому всі процеси протікають індивідуально, та, як будь-яке медичне втручання, не може мати стовідсоткової гарантії на успіх, навіть при ідеальному виконанні всіх етапів лікування.
- 2.** Наслідками відмови від лікування можуть бути:
 - прогресування захворювання;
 - подальше руйнування зуба;
 - розвиток ускладнень;
 - поява або наростання болю;
 - естетичний дефект.
- 3.** Альтернативними методами лікування є:
 - встановлення пломби;
 - виготовлення вкладки, накладки або ламінатів;
 - встановлення коронки;
 - відсутність лікування взагалі.
- 4.** Можливі ускладнення лікування:
 - гематома після ін'єкції анестетика;
 - запалення слизової та маргінального краю ясен;
 - розвиток ускладнення в разі токсичної дії фотополімерного композиту на пульпу зуба;
 - отримання незадовільного кольору зуба.

Зі мною узгоджені:

1. Індивідуальний рекомендований план лікування та підготовка до нього. Мене також повідомлено про можливість уточнення діагнозу та плану лікування в процесі лікування.
2. Методи та способи запропонованого лікування, а також матеріали, що будуть використовуватися в процесі лікування.
3. Вартість окремих етапів та лікування в цілому. Я розумію, що під час та після лікування стан здоров'я може змінюватися, тому, за розсудом лікаря, для досягнення сприятливого результату може бути призначена додаткова чи альтернативна терапія. Про зміни вартості лікування лікар повідомить мене додатково.
4. Строки проведення лікування. Мене також попереджено, що строки лікування можуть бути продовжені у випадку нерегулярного відвідування, невиконання рекомендацій лікаря або через біологічні особливості стану тканин ротової порожнини.

Я повністю усвідомлюю та погоджуюсь з наступним:

1. Мені не можуть бути надані стовідсоткові гарантії щодо успішності результатів лікування, однак я розумію необхідність проведення лікування. Мені гарантоване проведення лікування фахівцем відповідної кваліфікації, застосуванням їм якісних матеріалів і інструментів з дотриманням відповідних методик і правил санітарно-епідеміологічного режиму.
2. Умовою ефективного лікування є виконання плану індивідуальних профілактичних заходів, що рекомендовані лікарем. Я погоджуюся виконувати всі рекомендації лікаря.
3. Реставрація зуба підлягає регулярному огляду, тому я зобов'язуюся приходити на контрольні огляди за графіком, узгодженим з лікарем. Можлива необхідність корекції та поліровки реставрації в разі виникнення пігментації, відколів, тріщин.
4. Я погоджуюся на тип анестезії за вибором лікаря. Я проінформований (на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я надав (ла) лікарю всю відому мені інформацію щодо стану мого здоров'я, наявних захворювань відповідно до анкети пацієнта та повідомив (ла) про всі алергічні реакції на медичні препарати та анестетики, що мали місце.
5. У випадку виникнення непередбачуваних ситуацій чи ускладнень під час медичних втручань я заздалегідь даю згоду на застосування всіх необхідних можливих заходів з їх усунення.
6. Я маю право відмовитися від запропонованого лікування на будь-якому етапі його здійснення. Мені роз'яснені всі можливі наслідки такої відмови при наявному захворюванні і його можливе прогресування при незавершеному лікуванні. Я усвідомлюю, що у випадку відмови від завершення лікування в Центрі лікар не несе відповідальності за подальші результати лікування.

Я приймаю рішення проводити лікування на запропонованих мені умовах.

Я даю згоду на фотографування та/або відеозйомку обличчя та ротової порожнини до, під час та після лікування. Я розумію, що це необхідно для здійснення діагностично-лікувального процесу та контролю перебігу захворювання. Ці матеріали та медична карта є власністю Центру та можуть бути опубліковані в медичній літературі або продемонстровані для медичного навчання без ідентифікації особистості.

Я даю згоду на обробку та внесення до локальної інформаційної системи Центру моїх персональних даних, у т.ч. щодо стану здоров'я, діагнозів, призначеного лікування, його перебігу.

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