

Информированное добровольное согласие Врач-Пациент

Я, _____, _____ г.р. уполномочиваю врача-стоматолога _____ провести мне лечение зубов.

Я получил(а) необходимую для меня информацию с тем, чтобы дать согласие на проведение лечения, либо отказаться от него. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом лечения и проведения подготовительных мероприятий перед началом и в процессе лечения (в т.ч. необходимый объем рентгенологическx обследований, снятие зубных отложений, физиопроцедуры).

Я получил(а) информацию о методах предлагаемого лечения, их достоинствах и недостатках, Меня так-же ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Врач понятно объяснил мне возможные осложнения, связанные со стоматологическим вмешательством, вплоть до летального исхода, а также:

- **в процессе снятия зубных отложений** (выпадение пломб, зубов вследствие прогрессирования процесса, периодические обострения заболевания, требующие дополнительного профилактического лечения; ощущение дискомфорта, болезненности, реактивного отека, воспаления послеоперационного периода, оголение шеек корней зубов, повышенной чувствительности шеек зубов)

- возникновение неотложных состояний, связанных с применением лекарственных средств, анестезии и т.д. вплоть до анафилактического шока.

- гематома, травмы слизистой полости рта после инъекции анестетика появление отека мягких тканей полости рта или увеличение имеющегося отека после вмешательств

- **в процессе эндодонтического лечения:** - необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зубов; - возникновение периодонтальных явлений, изменение рентгенологической картины после пломбировки канала с плохой проходимостью корневых каналов, или наличие не выявленных коллатеральных каналов; - возможность отлома эндодонтического инструмента в плохо проходимых каналах; - возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие зуба в периапикальные ткани, полости и каналы, - постпломбировочные боли, нарушения чувствительности; - необходимость удаления зуба, если терапевтические методы лечения не дали положительных результатов - возможное изменение цвета пломбы при употреблении в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (чай; кофе, свекла и т.д.)

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет хрупким и поэтому его будет целесообразно защитить от перелома путем изготовления коронки (вкладки)

Я понимаю, что это лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и что любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех (гарантийные сроки оговариваются с врачом в каждом конкретном случае), возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде. внеплановых манипуляций и изменения срока лечения.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача в течение лечения и по его окончании через ___ месяцев. Я понимаю значение гигиены полости рта и обязуюсь выполнять все назначения.

Мне были объяснены возможные благоприятные и неблагоприятные исходы моего лечения.

Я понимаю, что прием лекарственных средств без назначения лечащего врача, а также алкоголь, наркотические вещества, курение могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления, уменьшить вероятность успеха лечения. Я обязан(а) ознакомить лечащего врача со своими сопутствующими заболеваниями, перечислить медикаменты, которые принимаю.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и приложением к договору оказания платных медицинских услуг, правилам оказания платных услуг, истории болезни.

Полученная информация о характере оказываемой услуги мне понятна, я согласен(а) на проведение предложенного лечения, метода местной анестезии, выбранного совместно с лечащим врачом с рентгенологическим обследованием до, во время и после лечения, физиолечением, подписи ставлю осознанно.

Подпись пациента _____ Ф.И.О. Дата _____

Подпись врача _____ Ф.И.О. Дата _____