

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

пациента на эндодонтическое лечение

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество пациента полностью)

Дата рождения « ____ » _____ год.

Адрес: _____

Законный представитель _____,
(фамилия, имя, отчество полностью)

Дата рождения « ____ » _____ год.

Адрес: _____

Подтверждаю, что врач стоматолог сообщил мне о показании в лечении корневых каналов зуба(ов).

Врач разъяснил мне метод и возможные осложнения предложенного лечения и последствия, которые могут возникнуть при отсутствии предложенного лечения, включая перечисленные ниже:

1. Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит лекарственные препараты, если сочтет это нужным.

2. Отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше.

3. Тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше.

4. В том случае, если положительный результат не будет достигнут вследствие прогрессирования инфекционного процесса (очага), может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаление зуба.

5. Переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями пациента, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченном канале или может потребоваться их хирургическое удаление.

6. Перфорация корневого канала, возникшая при распломбировке ранее леченного канала зуба или лечении патологически измененного канала, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению.

7. Преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта.

Я понимаю, что обязан(а) являться на назначенный контрольный осмотр в назначенное врачом время.

При лечении каналов результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов, соблюдение методик.

Я получил(а) исчерпывающую информацию по предполагаемому лечению и согласен(на) с ним.

Паспорт: серия _____ № _____

Кем и когда выдан _____

_____ (_____)
подпись пациента Ф.И.О.

« ____ » _____ 202_ г.

ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

Паспорт: серия _____ № _____

Кем и когда выдан _____

_____ (_____)
подпись Ф.И.О.

Подпись врача _____ / _____ /