

Информированное добровольное согласие пациента об услуге по санации полости рта.

Пациент (Ф.И.О.) _____
Дата рождения « ____ » _____ год.
Адрес: _____

Законный представитель _____,
Дата рождения « ____ » _____ год.
Адрес: _____

Данный документ является письменным выражением моего согласия, данного врачу стоматологу-терапевту ООО «Стоматологическая клиника «ДОКА» на проведение мне **стоматологического терапевтического лечения**. Мне известно, что медицинская деятельность отнесена к категории опасных, что может быть связано как с состоянием организма пациента, так и с лекарственными препаратами, индивидуальная переносимость которых не регламентирована какими-либо документами., что мой лечащий врач работает по технологиям, утвержденным Министерством Здравоохранения РФ, и гарантирует четкое выполнение этих технологий.

Мне известно, что перед проведением санации полости рта, я обязан пройти гигиеническую подготовку и рентгеновское обследование. При необходимости я обязан пройти клиническое обследование и выполнять все необходимые дополнительные обследования, которые могут потребовать в процессе лечения.

Я осведомлен (а), что в случае непредвиденных обстоятельств, анатомических особенностей строения челюсти и зубов, наличии воспалительных явлений и изменений в около зубных тканях, вирулентности инфекции (обладающей ядовитой болезнетворной силой (о микробах)) в полости рта при лечении зубов возможны осложнения:

При лечении корневых каналов:

- а) случайное вскрытие пульпы при индивидуальном строении зуба;
- б) при лечении глубокого кариеса наличии инфицированных микроканалцев дентина (костная ткань), не видимых глазом, через какой-то период времени (до 6 месяцев) может произойти осложнение – воспаление пульпы («зубного мозга»).

При лечении корневых каналов:

Лечение проводится для того, чтобы сохранить зуб, который в противном случае придется удалить. Хотя лечение корневых каналов имеет высокую вероятность клинического успеха, оно является биологической процедурой и поэтому 100% гарантии на лечение каналов быть не может. Иногда после лечения корневого канала может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство или даже удаление зуба, а также может появиться:

- а) ощущение дискомфорта после лечения, которое продолжается от нескольких часов до нескольких дней по поводу чего доктор назначит препараты, если сочтет нужным.
 - б) отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше.
 - в) если корни зубов находятся в гайморовой пазухе или нижнечелюстном канале, не исключено выведение пломбировочного материала в эти образования.
 - г) тризм (ограниченное открывание полости рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше.
 - д) частота неудач составляет 5-10%. (При неудаче может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки или удаление зуба.)
 - е) переломы инструментов во время лечения корневого канала, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченом канале или может потребоваться их хирургическое удаление.
 - ж) перфорация корневого канала инструментами, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению.
 - з) преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта.
 - и) после обработки канала может возникнуть обострение хирургического воспалительного процесса.
 - к) при распломбировывании канала зуба может возникнуть прободение стенки канала зуба инструментом.
- Врач обосновал необходимость проведения терапевтического лечения. Я ознакомлен (а) с наиболее рациональным планом лечения и проведения подготовительных мероприятий.

Я понимаю необходимость соблюдения тщательной гигиены полости рта, регулярных профилактических осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на профилактические осмотры (1 раз в 6 месяцев) и выполнять все рекомендации по гигиеническому уходу за зубами.

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал (а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я согласен оплатить медицинские услуги в полном объеме. Я подтверждаю, что предложенная мне анкета в амбулаторной карте стоматологического больного о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях заполнена мною лично. Оплата за лечение может быть мною проведена за наличный или безналичный расчет.

Своей подписью заверяю, что прочел и полностью понял все слова и выражения, касающиеся предложенного мне лечения, а также все данные мне объяснения. Я также, заявляю, что я достаточно хорошо владею устным и письменным русским языком для понимания вышеупомянутого.

Паспорт: серия ____ № ____
Кем и когда выдан _____

подпись

Ф.И.О.

« ____ » _____ 202_ г.

Подпись врача _____ / _____ /