

Информированное согласие на лечение ребенка

Я, _____, доверяю _____ провести стоматологическое лечение моему ребенку _____. Специалистом Стоматологической клиники «Дантист» мне разъяснено и мною понято следующее:

1. Я получил(а) от сотрудников клиники «Дантист» полную информацию о возможности и условиях предоставления медицинских услуг. Даю свое согласие на оказание медицинских услуг моему ребенку, в рамках оговоренного и подписанного мною плана лечения.
2. Мне составлена и разъяснена полная смета на стоматологическое лечение моего ребенка. Я согласен(а) оплатить заранее оговоренные медицинские услуги.
3. Я осознаю, что любые медицинские процедуры и манипуляции имеют фактор риска. Обо всех рисках и возможных осложнениях после проведения стоматологических манипуляций меня проинформировали заранее.
4. Я ознакомлен(а), что присутствие в стоматологической клинике «Дантист» родителей или лиц, их замещающих, при проведении любых медицинских процедур моему ребенку, обязательно.
5. Я понимаю и даю свое согласие на изменение плана лечения в процессе прохождения лечения, если это будет сделано по медицинским показаниям и для блага моего ребенка. В таких ситуациях может потребоваться изменение стоимости медицинских услуг. Мне объяснили, и я понимаю, что при оказании любой медицинской помощи, в процессе лечения, могут появляться обстоятельства, не спланированные заранее в процессе лечения.
6. Я доверяю врачу в выборе материалов. Я понимаю, что стоматологическое лечение – сложная процедура, результат которой не является однозначным. В процессе лечения каждого конкретного зуба может возникнуть необходимость эндодонтического лечения (удаление нерва и лечения корневых каналов) или удаления зуба, что усложняет ситуацию и увеличивает сроки и стоимость лечения.
7. Я информирован о том, что в зубе, леченому по глубокому кариесу, при возникновении острой боли, необходимо эндодонтическое лечение (удаление нерва зуба). Постановка пломбы в период гарантийного срока при эндодонтическом лечении такого зуба, производится без оплаты за счет клиники, но эндодонтическое лечение корневых каналов оплачивается мной, полностью в соответствии с действующим прейскурантом ООО «Альянс» клиники эстетической стоматологии «Дантист».
8. Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что медицина не является точной наукой, и поэтому результат не может иметь стопроцентной гарантии. Даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя гарантировать, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем. Врач разъяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а также последствия отказа от данного лечения.
9. Я информирован(а) о том, что лечение молочного зуба по диагнозу пульпит может привести к изменению цвета зуба. После лечения возможны осложнения в виде боли, отека, свища в этом случае производится удаление зуба. При возникновении осложнений в период гарантийного срока все манипуляции будут произведены за счет ООО «Альянс» клиники эстетической стоматологии «Дантист», при истечении гарантийного срока, удаление зуба будет производиться за счет средств пациента в соответствии с действующим прейскурантом ООО «Альянс» клиники эстетической стоматологии «Дантист».
10. Я осведомлен, что лечение может проводиться под анестезией. Я информирован о том, что после лечения с анестезией есть риск повреждения слизистой вследствие накусывания ребенком щеки или губы, и несу полную ответственность за наблюдением ребенка.
11. Я понимаю необходимость рентгеновской диагностики и рентгенографического контроля качества лечения.
12. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов, мой ребенок должен исполнять все назначения, рекомендации и советы специалистов стоматологической клиники «Дантист».
13. Мне объяснили, что применение современных профилактических средств и регулярные профилактические осмотры минимизируют риски развития кариеса и его осложнений, но не гарантируют полностью отсутствие возникновения кариеса.

Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение моему ребенку.

«__» _____ 20__ г.

_____/_____/_____