

## *Информированное добровольное согласие на стоматологические манипуляции*

ФИО пациента \_\_\_\_\_

В соответствии с Законом РФ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 18.07.2011) "О защите прав потребителей" и "Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1) (ред. от 18.07.2011) своей подписью я удостоверяю, что до меня была доведена следующая информация:

Я понимаю, что для меня будут выполнены следующие работы:

**1. Лекарства и медикаментозные средства.** Я понимаю, что антибиотики, анестетики и другие медикаментозные средства могут дать аллергические реакции, вызывая красноту, опухание тканей, боль, зуд, рвоту и/или анафилактический шок.

**2. Изменения в плане лечения.** Я понимаю, что во время лечения может возникнуть необходимость замены или добавления процедур, которые не были рекомендованы во время первоначального осмотра. Например, добавление терапии корневого канала к обычным восстановительным процедурам. Я разрешаю врачу вносить все необходимые изменения.

**3. Удаление зуба.** Я понимаю, что удаление зуба не всегда удаляет полностью всю инфекцию, если она присутствует, и может возникнуть необходимость провести последующее лечение. Я понимаю, что побочные явления, сопровождающие удаление зуба, такие как боль, опухание, развитие альвеолита, потеря чувствительности в рядом стоящих зубах, губах, горле и окружающей ткани (Парестезия), могут продлиться в течение неопределенного периода времени или может быть повреждена челюсть. Я понимаю, что может понадобиться последующее лечение у врача, если возникнут осложнения. И оплата этого лечения является моей обязанностью. Своё согласие на удаление зуба (ов) я подтверждаю своей (законного представителя) письменной распиской.

**5. Лечение.** Я понимаю, что должны быть приняты меры предосторожности при жевании пломбированным зубом, в особенности в первые 24 часа. Я понимаю, что может потребоваться более обширное пломбирование, чем было обнаружено при осмотре, ввиду выявления дополнительных участков повреждения. Я понимаю, что значительная чувствительность - обычное явление после постановки новой пломбы, а также первые дни допускаются боли при накусывании. Я понимаю, что при разрушении коронковой части зуба более 2/3 гарантия не распространяется, и показано ортопедическое лечение. Также я понимаю, что на реставрацию зубов с патологической стираемостью гарантия не распространяется.

Я, информирован и осведомлен о том, что зубы леченые по глубокому кариесу, при возникновении острой боли, нуждаются в эндодонтическом лечении (удаление нерва зуба). Постановка пломбы в период гарантийного срока, 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».

Мне было понятно разъяснено, что мне не предоставляется гарантия на эндодонтическое лечение зуба в случае, если до обращения в клинику «Дантист» эндодонтическое лечение данного зуба осуществлялось в другой стоматологической клинике (например, в случае некачественного пломбирования каналов и др.). Мне было понятно разъяснено, что мне не предоставляется гарантия на эндодонтическое лечение зуба в случае хронического периодонтита. Доктор разъяснил мне метод и возможные осложнения предложенного лечения и последствия, которые могут возникнуть при отсутствии предложенного лечения, включая перечисленные ниже.

- Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающиеся от нескольких часов до нескольких дней.

- Отечность десны в области леченного зуба или лица после лечения.

- Тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней.

- В случае недостижения положительного результата вследствие прогрессирования инфекционного процесса может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки коря или удаление зуба.

- 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. Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и, по усмотрению лечащего врача, его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки). Я понимаю, что

обязан являться на назначенный контрольный осмотр в назначенное врачом время. При лечении каналов результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов и соблюдение методик. Я получил исчерпывающую информацию по предлагаемому лечению и согласен с ним.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_