

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

пациента на эндодонтическое лечение

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество — полностью)

как законный представитель _____
(Ф.И.О. ребенка, опекаемого — полностью)

соглашаюсь с тем, что мне (моему ребенку) показано лечение корневых каналов зуба (эндодонтическое лечение).

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 врач 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 может длиться несколько дней.
4. В том случае, если положительный результат не будет достигнут вследствие прогрессирования инфекционного процесса (очага), может потребоваться повторное эндодонтическое 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 корневом канале или может потребоваться их хирургическое удаление.

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

7. Преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания тканей пародонта.

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

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

Я получил исчерпывающую информацию по предполагаемому лечению и согласен с ним.

Подпись пациента (закон.представителя) _____ " " _____ 20__ г.
Фамилия (полностью), И.О.

Подпись врача _____ " " _____ 20__ г.
Фамилия (полностью), И.О.