

Информированное добровольное согласие на стоматологическое лечение

Я, Иванов Иванов Иванович, осведомлен(а) по поводу проведения

Я информирован(а) о том, что вышеуказанные мероприятия должны проводиться под местной анестезией, что ее применение может привести к аллергической реакции организма, травматизации нервных окончаний.

Я осведомлен(а) о способе, цели и характере предполагаемых вмешательств, об осложнениях и риске лечения, включая вероятность осложнений, которые обусловлены анатомо-физиологическими особенностями пациента.

Я информирован(а), что осложнения могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса в челюстно-лицевой области.

Я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках.

Мне известно, что только во время стоматологического вмешательства может быть окончательно определен объем лечения. Мне известно, что до начала вмешательства я могу отказаться от его проведения, а также информирован(а) о последствиях несвоевременного лечения.

Мне понятен метод лечения, я согласен(на) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе вмешательства.

Я согласен(на) на неотложное лечение корневых каналов, чтобы по возможности сохранить зуб от удаления. Доктор разъяснил мне преимущество лечения корневых каналов перед удалением и последствия при невыполнении лечения, включая нижеперечисленные и другие возможные осложнения:

1. Ощущение дискомфорта после лечения, которое может продолжаться довольно длительное время, по поводу чего доктор назначит препараты, если сочтен нужным.
2. Отечность десны а области леченного зуба или лица после лечения, которые могут сохраниться несколько дней и больше.
3. Частота неудач составляет 5–10 процентов. При неудаче может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки или удаление зуба.
4. Преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания парадонта.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов или после восстановления сильно разрушенного зуба его нужно будет защитить путем установления коронки по рекомендации доктора. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы о своем здоровье, назвав все болезни и недуги. Я осведомлен(а) о требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме до и после стоматологического вмешательства, о необходимости посещения врача на контрольный осмотр в назначенное время.

Я подтверждаю полную ответственность за оплату таких услуг и согласен(а) произвести оплату полностью за все этапы лечения.

Дата
«16» июня 2025

Подпись пациента

Подпись врача