

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение эндодонтического лечения

Я Иванов Иванов Иванович согласен(на) с этапами эндодонтического лечения и доверяю его провести врачу

(Ф.И.О врача)

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, в т.ч.

1. Невозможность удаления старой корневой пломбы при перелечивании корневого канала;
2. Поломка инструмента, перфорация и перелом корня, возникающие при лечении искривленных корневых каналов, при сильной кальцификации корневых каналов и при их перелечивании (т.е. удалении старых корневых пломб);
3. При эндодонтическом вмешательстве возможно обострение хронического процесса и появление болевых ощущений в зубе при надкусывании и жевании, а также припухлость десны в области зуба.
4. При эндодонтическом лечении зуба, находящегося под протезом, возможно повреждение протеза и возникновение необходимости снятия всей ортопедической конструкции.

Даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя дать гарантию, что этот зуб в дальнейшем не подвергнется кариозному разрушению и перелому.

Я также осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств (особенно антибиотиков и сульфаниламидов).

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля во время лечения, а также необходимость обязательного восстановления зуба после эндодонтического лечения.

Понимая сложность предстоящего лечения, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры и следить за гигиеной полости рта.

Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к лекарственным и другим средствам в прошлом и в настоящее время.

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я согласен(а) что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения и ознакомлен(а) со стандартом, утвержденным МЗ РФ, в соответствии с которым среднестатистический показатель выздоровления (восстановления) при эндодонтическом лечении составляет 90% ранее не леченных зубов и 70% - ранее леченных зубов.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих в стоматологической клинике ООО «Дент-Реал» и ознакомлен (а) со всеми требованиями, которые обязываюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Я доверяю врачу - стоматологу стоматологической клиники ООО «Дент-Реал» и ознакомлен (а) со всеми требованиями, которые обязываюсь соблюдать. Я ознакомился (ась) с данным Приложением и понимаю, что последнее влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю, что прочитал (а) и сознательно даю согласие на вышеоговоренное стоматологическое лечение, и что все связанные с ним объяснения были сделаны. Все, что я не понял(а), было объяснено мне.

Пациент (Ф.И.О) подпись _____ Иванов И.И.

«23» октября 2024

Врач(Ф.И.О) подпись _____

«23» октября 2024