



Информированное добровольное согласие на лечение заболевания пародонта

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20
Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я, _____
по моему добровольному желанию уполномочиваю врача-стоматолога ООО «Томур» (URING REGENERATION CLINIC) _____ провести мне медицинское вмешательство.

Данный документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я мог(ла) принять решение о необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта и пародонтологического лечения согласно рекомендованному плану лечения.

Суть предстоящего медицинского вмешательства:

Пародонтологическое лечение имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма. В ходе лечения могут быть использованы консервативные методы (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, закрытый кюретаж зубодесневых карманов); хирургические методы (открытый кюретаж зубодесневых карманов), ортодонтические и ортопедические методы (шинирование, протезирование).

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов), а также системные проявления заболевания.

Альтернативой данного лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов), отказ от лечения как такового.

Я информирован(а) обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время лечения, в том числе: возможности болевых ощущений в течение послеоперационного периода; сохранения припухлости мягких тканей; повышения температуры тела и наличие симптомов интоксикации; ограничения открывания рта, увеличение лимфатических узлов; обнажения шеек зубов и изменение рельефа десневого края, увеличение чувствительности зубов.

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шок, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

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

Я осознаю ответственность за сохранение своего здоровья и обязуюсь соблюдать правила личной гигиены полости рта и соблюдать все рекомендации врача, а также согласен(а) 2-3 раза в году являться на профилактические осмотры, а также для проведения профессиональной гигиены.

Мне сообщены, разъяснены и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, и сроки проведения лечения.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я даю согласие на осуществление данного вида медицинского вмешательства.

Подпись пациента _____ / _____

Подпись врача _____ / _____

Дата « ___ » _____ 20 ___ г.

Дата	Диагноз	Ф.И.О. и подпись врача	Подпись пациента

