

Информированное добровольное согласие на эндодонтическое лечение

« ____ » ____ 20 ____ г.

Настоящее информированное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»

Я, _____

Даю согласие на лечение _____ **зуба(ов)** в ООО «Стопломб» г. Ростов-на-Дону
ул. Искусственная д.4 оф.1. Находясь в клинике

1.Получил(а) от лечащего врача всю интересующую меня информацию о состоянии зубочелюстной системы наличии заболевания и о рекомендованном плане лечения.

2.Информирован(а) о возможности коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения.

3. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения и последствия, которые могут наступить, если данного лечения не проводить.

4. Я информирован(а) о том, что в ходе лечения может быть проведена анестезия, выбор которой производится врачом при моем согласии.

5. Я даю согласие на проведение рентгенологического обследования в объеме, необходимом для полноценного эндодонтического лечения.

6. Я уведомлен(а), что при обнаружении некачественного предыдущего лечения корневых каналов, с целью сохранения зуба и предупреждения возможных осложнений, проводится распломбирование и перелечивание корневых каналов. Прохождение предварительно запломбированных корневых каналов требует особого мастерства врача, использование дополнительного инструментария и материалов, а также особых затрат времени.

7. Я понимаю, что лечение проводится с целью сохранение зуба, который в противном случае подлежит удалению. Хотя лечение каналов имеет очень высокий процент клинически успешных случаев, это вмешательство в биологические системы организма и поэтому результат не может быть гарантированным.

8. Я информирован(а), что, во время и после лечения корневых каналов могут возникнуть следующие осложнения:

а) переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченном канале или может потребоваться их хирургическое удаление.

б) перфорация корневого канала, возникшая при распломбировании ранее леченного корневого канала или лечении патологически измененного канала, что может потребовать дополнительной коррекции или привести к удалению зуба.

Информированное добровольное согласие на эндодонтическое лечение

« ____ » ____ 20 ____ г.

Настоящее информированное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»

Я, _____

Даю согласие на лечение _____ **зуба(ов)** в ООО «Стопломб» г. Ростов-на-Дону
ул. Искусственная д.4 оф.1. Находясь в клинике

1.Получил(а) от лечащего врача всю интересующую меня информацию о состоянии зубочелюстной системы наличии заболевания и о рекомендованном плане лечения.

2.Информирован(а) о возможности коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения.

3. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения и последствия, которые могут наступить, если данного лечения не проводить.

4. Я информирован(а) о том, что в ходе лечения может быть проведена анестезия, выбор которой производится врачом при моем согласии.

5. Я даю согласие на проведение рентгенологического обследования в объеме, необходимом для полноценного эндодонтического лечения.

6. Я уведомлен(а), что при обнаружении некачественного предыдущего лечения корневых каналов, с целью сохранения зуба и предупреждения возможных осложнений, проводится распломбирование и перелечивание корневых каналов. Прохождение предварительно запломбированных корневых каналов требует особого мастерства врача, использование дополнительного инструментария и материалов, а также особых затрат времени.

7. Я понимаю, что лечение проводится с целью сохранение зуба, который в противном случае подлежит удалению. Хотя лечение каналов имеет очень высокий процент клинически успешных случаев, это вмешательство в биологические системы организма и поэтому результат не может быть гарантированным.

8. Я информирован(а), что, во время и после лечения корневых каналов могут возникнуть следующие осложнения:

а) переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченном канале или может потребоваться их хирургическое удаление.

б) перфорация корневого канала, возникшая при распломбировании ранее леченного корневого канала или лечении патологически измененного канала, что может потребовать дополнительной коррекции или привести к удалению зуба
в) потребовать дополнительной коррекции или привести к удалению зуба
в) преждевременная потеря зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта;

г) ощущение дискомфорта после лечения может продолжаться от нескольких дней до нескольких недель, по поводу чего врач назначит соответствующее медикаментозное лечение, если сочтет это нужным.

д) отек десны в области пролеченного зуба, или лица после лечения, который может сохраниться в течение нескольких дней или больше и потребовать дополнительного хирургического вмешательства.

9. Я предупрежден(а), что в процессе лечения могут возникнуть осложнения, не являющиеся дефектами качества медицинской услуги (аллергические реакции, обострения хронических заболеваний пародонта, обострения воспалительного процесса при наличии зубов с хроническими очагами инфекции и др.).

10. Я информирован(а), что после лечения (перелечивания) корневых каналов необходимо восстановление коронковой части зуба, т.е. постановка пломбы, штифта, вкладки и/или коронки (по ситуации).

11. Я уведомлен(а) о необходимости тщательного соблюдения гигиены полости рта, а также регулярно посещать врача-гигиениста.

12. Я уведомлен(а), что не соблюдение рекомендаций лечащего врача может снизить качество лечения, повлечь за собой невозможность его завершения в срок или негативно сказаться на состоянии моего здоровья.

13. Я получил полную информацию об альтернативных методах лечения, ознакомился с наиболее рациональным планом лечения, принял решение осуществить стоматологическое лечение на выше указанных условиях. Я доверяю врачу принимать необходимые решения и выполнять медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения моего состояния.

14. До подписания настоящего согласия я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

15. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на медицинское вмешательство.

Подпись пациента
(законного представителя)

Фамилия (полностью) И.О. пациента
(законного представителя)

Подпись врача

Фамилия (полностью) И. О..врача

потребовать дополнительной коррекции или привести к удалению зуба
в) преждевременная потеря зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта;

г) ощущение дискомфорта после лечения может продолжаться от нескольких дней до нескольких недель, по поводу чего врач назначит соответствующее медикаментозное лечение, если сочтет это нужным.

д) отек десны в области пролеченного зуба, или лица после лечения, который может сохраниться в течение нескольких дней или больше и потребовать дополнительного хирургического вмешательства.

9. Я предупрежден(а), что в процессе лечения могут возникнуть осложнения, не являющиеся дефектами качества медицинской услуги (аллергические реакции, обострения хронических заболеваний пародонта, обострения воспалительного процесса при наличии зубов с хроническими очагами инфекции и др.).

10. Я информирован(а), что после лечения (перелечивания) корневых каналов необходимо восстановление коронковой части зуба, т.е. постановка пломбы, штифта, вкладки и/или коронки (по ситуации).

11. Я уведомлен(а) о необходимости тщательного соблюдения гигиены полости рта, а также регулярно посещать врача-гигиениста.

12. Я уведомлен(а), что не соблюдение рекомендаций лечащего врача может снизить качество лечения, повлечь за собой невозможность его завершения в срок или негативно сказаться на состоянии моего здоровья.

13. Я получил полную информацию об альтернативных методах лечения, ознакомился с наиболее рациональным планом лечения, принял решение осуществить стоматологическое лечение на выше указанных условиях. Я доверяю врачу принимать необходимые решения и выполнять медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения моего состояния.

14. До подписания настоящего согласия я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

15. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на медицинское вмешательство.

Подпись пациента
(законного представителя)

Фамилия (полностью) И.О. пациента
(законного представителя)

Подпись врача


Фамилия (полностью) И. О..врача