

Информированное добровольное согласие на проведение эндодонтического лечения

Я, _____, соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог _____.

В исключительных случаях (например, болезнь врача) стоматологическая клиника может заменить врача.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

- 2.1. **Диагноз** _____
- 2.2. **Допустимость уточнения диагноза.**
- 2.3. **Индивидуальный рекомендованный план лечения.**
- 2.4. **Возможность коррекции намеченного плана лечения** в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.
- 2.5. **Возможные альтернативные варианты:** удаление пораженного зуба (зубов), непроведение лечения.
- 2.6. **Возможные негативные последствия** в случае полного или частичного отказа от рекомендованного лечения: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление, нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, нарушение общего состояния организма _____.
- 2.7. **Возможные осложнения под влиянием анестезии:** отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции.
- 2.8. **Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков** (в случае их назначения).
- 2.9. **Возможные осложнения:** (в том числе, определенный процент неэффективной эндодонтического лечения по причине его медицинской специфики, индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья; перелечивание корневых каналов зубов через некоторое время, или проведение хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба).
- 2.10. При перелечивании ранее запломбированных каналов зуба(ов) успех лечения значительно снижается, что связано с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический штифт, сильной кальцификацией корневых каналов, что в некоторых случаях повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента), искривлением корневых каналов.
- 2.11. **Возможные осложнения при перелечивании зуба**, покрытого коронкой или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного): необходимость снятия несъёмного протеза, перелом зуба, что может привести к его удалению.
- 2.12. После лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление верхней части зуба, т. е. постановка пломбы или коронки (по ситуации).

Мне сообщена, разъяснена врачом и понята информация о гарантиях.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных мероприятий, рекомендованных врачом.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: **Конусно-лучевая компьютерная томография**, ортопантограмма, прицельный пленочный снимок; консультация стоматолога иного профиля, а также консультация у врача(ей) общего медицинского профиля.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последний является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Подпись пациента или законного представителя	_____ / _____
Подпись лечащего врача	_____ / _____