Стоматологическая клиника «Семейная стоматология»
626150 г.Тобольск 7 микрорайон д.46а

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
пациента на эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов)

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Я____,
(Фамилия, Имя, Отчество пациента – полностью)
обращаюсь в стоматологическую клинику ООО «Семейная стоматология» для эндодонтического лечения зубов.

Врач разъяснил мне метод и возможные осложнения предложенного лечения и последствия, которые могут возникнуть при отсутствии предложенного лечения, включая перечисленные ниже:

-Болевые ощущения в зубе при накусывании и жевании, ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит лекарственные препараты, если сочтет это нужным.

-Отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или больше.

-Тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней, но может и дольше.

-В том случае, если положительный результат не будет достигнут вследствие прогрессирования инфекционного процесса (очага), может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаление зуба.

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

-Невозможность удаления старой корневой пломбы при перелечивании корневого канала, перфорация корневого канала, возникшая при распломбировании ранее леченного канала зуба или лечении патологически измененного канала, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению.

-Преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта.

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

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

Я понимаю сложность предстоящего лечения, и обязуюсь являться на назначенный врачом контрольный осмотр в назначенное время и следить за гигиеной полости рта, ознакомлен(а) о гарантийных сроках, действующих в ООО «Семейная стоматология», ознакомлен(а) со всеми требованиями, который обязуюсь выполнять. В случае несоблюдения правил я лишаюсь права на гарантию.

Я получил исчерпывающую информацию по предполагаемому лечению и имел(а) возможность задать все интересующие вопросы.

Я доверяю врачу-стоматологу ООО «Семейная стоматология» и согласен(а) провести эндодонтическое лечение моего зуба.

При лечении каналов результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов, соблюдение методик.

Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Врач-стоматолог поставил мне следующий диагноз и обосновал необходимость данного вида лечения

Дата	Ф.И.О.врача	Диагноз	Подпись пациента