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

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
пациента на лечение заболеваний пародонта

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 проведения лечения заболеваний пародонта.
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 хирургической операции на пародонте Мне разъяснили и мне понятно, что при лечении заболеваний пародонта возможны:
-потеря зубов вследствие прогрессирования процесса;
-периодические обострения заболевания, требующие дополнительного профилактического лечения;
-возникновение неотложны состояний в процессе лечения (особенно хирургического), связанные с применением лекарственных средств, анестезии (обморок, коллапс, шок);
- ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов, ощущение дискомфорта,
болезненности, возникновение реактивного отека, воспаления послеоперационного периода, ретракции десны (оголение шеек корней зубов), повышенной чувствительности обнажение шеек зубов, изменение рельефа десневого края.
-возможность сохранения припухлости мягких тканей;
-возможность расхождения швов в послеоперационном периоде;
-повышение температуры тела и наличие общих симптомов интоксикации;
Я понимаю, что прием лекарственных средств без назначения лечащего врача, а также алкоголь, наркотические средства, курение могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления, уменьшить вероятность успеха лечения.
.Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к лекарственным и другим средствам в прошлом и в настоящее время, а также обо всех имеющихся у меня соматических заболеваниях (в т. ч. сахарный диабет, болезни щитовидной железы, повышенная кровоточивость и т. д.), о медикаментах, которые принимаю
Я даю согласие на рентгенологическое обследование до, во время и после лечения.
Я согласен на проведение метода местной анестезии, выбранного совместно с лечащим врачом.
Я обещаю в послеоперационный период в течение 24 часов после операции соблюдать полный покой: не работать и не управлять автомобилем, не жевать и не разговаривать, соблюдать послеоперационный режим (щадящая диета, гигиена полости рта, прием лекарственных средств).
Я понимаю, что результат лечения мне не гарантирован, но также я понимаю, что мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, качественное проведение всех медицинских манипуляций, применение качественных материалов.
Я осознаю, что преимущества предлагаемого лечения значительно перевешивают возможные осложнения, поэтому я добровольно даю согласие на проведение лечения.
Я получил исчерпывающую информацию по предполагаемому лечению и согласен с ним.
Я осознаю ответственность за сохранение своего здоровья и обязуюсь соблюдать правила личной гигиены полости рта, согласен 2 раза в году являться на профилактические осмотры, а также для проведения профессиональной гигиены
Я знаю, что в случае несоблюдения мною гигиены полости рта и в случаях неявки на профилактические осмотры возможно ухудшение состояния пародонта и понимаю, что при этом не имею права требовать возврата денежных средств, оплаченных мною за услуги по лечению.
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