

Приложение №1

Информированное добровольное согласие на пародонтологическое лечение.

от « ____ » _____ 20__ г.

Я, _____, врачом _____

Проинформирован (а) о необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта и пародонтологического лечения.

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 – лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны), 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.

Хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

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

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

При оказании пародонтологической помощи результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость визуального и рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.

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

Я внимательно ознакомился (ась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне пародонтологического лечения.

Подпись пациента _____ Подпись врача _____