ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА
МЕСТНУЮ АНЕСИТЕЗИЮ И РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКУ
ООО « СЕМЕЙНЫЙ СТОМАТОЛОГ» г.Орел ул. Сурена Шаумяна 3

${doc:date} г.

Я ${cbase:display_name} даю согласие на проведение лечения зубов, мне (моему ребенку) с предварительным диагнозом – кариес дентина.
Врач ${doc:party1_person_name} указал(а) на необходимость лечения зуба, заключающееся в удалении пораженных тканей, удалении старой пломбы и и восстановление их пломбировочным материалом. Альтернативным методом лечения зуба является удаление зуба либо отсутствие его лечения. При обширном поражение зуба кариесом возможно вскрытие полости зуба и, как следствие, необходимость эндодонтического лечения (депульпирование), что увеличит стоимость лечения. Я согласен(а) на применение местной анестезии и, по необходимости, рентгенологическое исследование.
Я информирован(на) о сложностях и рисках при инъекционной анестезии: отечность мягких тканей, гематома в месте инъекций, аллергические реакции, сердцебиение, длительное чувство онемения мягких тканей и языка и другие.
Я предупрежден(а) о возможных осложнениях после лечения зуба;

-чувствительности на холод или сильную механическую нагрузку в течение некоторого времени;
-обострение герпетической инфекции, появление трещин, афт на губах и слизистой оболочке;
-предупрежден(а), что при появлении боли на температурные раздражители, ночные боли потребуется лечение корневых каналов с дополнительной оплатой их лечения и рентгеноконтроля

Мне ясна важность выполнения всех рекомендаций врача по профессиональной гигиене полости рта и кратности профилактического осмотров 1 раз в 6 месяцев.
Мне разъяснено следующее:
- условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендаций по уходу за полостью рта и результатом полученной мною медицинской Услуги, выданных мне врачом.

Я имел(-а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(-а) на них исчерпывающие ответы, мое согласие является компетентным, добровольным, основанным на понятной для меня информации.

С прейскурантом цен на оказание услуг и условиями предоставления гарантийных обязательств ознакомлен(-а) и согласен(-а). Я внимательно ознакомился(-лась) с данным документом, понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия, и принимаю решение приступить к лечению, а также добровольно даю свое согласие на проведение

Врач_____${doc:party1_person_name}
Пациент, законный представитель_____${doc:party2_person_name}

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ КАРИЕСА
МЕСТНУЮ АНЕСИТЕЗИЮ И РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКУ

Пациент: ${cbase:display_name}

График проведенных приемов

Дата Приема	Зуб, Диагноз	Подпись Пациента

Образец документа «ООО СЕМЕЙНЫЙ СТОМАТОЛОГ»