ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
и РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКУ

ООО « СЕМЕЙНЫЙ СТОМАТОЛОГ» г.Орел ул. Сурена Шаумяна 3

${doc:date} г.

Я, ${cbase:display_name} даю согласие на проведение пародонтологического лечения, мне (моему ребенку)
Врач ${doc:party1_person_name}

Доктор объяснил мне возможные альтернативные методы лечения: удаление пораженного зуба (зубов), отсутствие лечения, как такового. Преимущества и недостатки каждого метода мне разъяснены. Суть предстоящего пародонтологического лечения мне разъяснена.

Я информирован(а) о том, что большинство заболеваний пародонта носит длительный хронический характер, способны периодически давать обострение, несмотря на проведенное лечение.

Я информирован(а), что для достижения благоприятного результата большое значение имеет гигиена полости рта в домашних условиях, а так же регулярная профессиональная гигиена. Я согласен(а) на это и понимаю, что нарушение выполнений рекомендаций доктора, отсутствие тщательной гигиены полости рта в домашних условиях может привести к ухудшению результата лечения или к его полному отсутствию.

Если в процессе вмешательства возникнут обстоятельства, требующие от доктора дополнительных манипуляций к перечисленным здесь, я уполномочиваю доктора произвести их для получения наиболее благоприятного результата.

Я информирован(а) о том, что лекарственные средства и анестетики могут вызвать снижение реакции организма, ухудшение координации движения и согласен не управлять автомобилем самостоятельно в течение 2-х часов после вмешательства.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования для диагностики контроля качества проведенного лечения и даю согласие на проведение такового.

Я информирован(а) о сложностях и рисках при инъекционной анестезии: отечность мягких тканей, гематома в месте инъекции, аллергические реакции, сердцебиение, длительное онемение мягких тканей лица и языка, болезненность при открывании рта и других.

Я проинформировал(а) лечащего врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, о наличии всех хронических заболеваниях (информация занесена в амбулаторную карту), так как понимаю, что в процессе лечения возможен прием антибиотиков и обезболивающих препаратов.

Я понимаю, что исход любого заболевания в биологическом организме не предсказуем, существует риск ухудшения моего нынешнего состояния, несмотря на проведенное лечение, что может потребовать дальнейшего лечения в стационаре.

Я информирован(а) о возможных осложнениях в ходе лечения:

- возможность болевых ощущений в течение некоторого времени после вмешательства;
- сохранение припухлости мягких тканей и увеличение лимфатических узлов;
- обнажение шеек зубов и изменение рельефа десневого края;
- повышение температуры тела и наличие общих симптомов интоксикации

Я согласен(а тщательно выполнять рекомендации доктора в процессе проводимого лечения и информирован о том, что больничный лист не выдается.

Я информирован(а) о том, что в комплекс лечения пародонта входит рациональное протезирование.

Мне известен прейскурант, принятый в клинике.

Я имел(а) возможность задать доктору все интересующие меня вопросы и получил(а) понятные для меня ответы.

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

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
и РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКУ

Пациент ${cbase:display_name}

График проведенных приемов

Дата Приема	Зуб, Диагноз	Подпись Пациента

Образец документа ООО СЕМЕЙНЫЙ СТОМАТОЛОГ