

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства
Пародонтология

Я, _____,
уполномочиваю врача-стоматолога _____
провести пародонтологическое лечение.

Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился с предлагаемым лечением и мог либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз: _____

и указал на необходимость лечения заболевания и профессиональную гигиену полости рта. Последствиями отказа от данного лечения могут быть прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений: появление, либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба, а также системные проявления заболевания. Альтернативными методами лечения являются удаление пораженного зуба, отсутствие лечения как такового. Хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеют высокий процент клинического успеха, тем не менее я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с доктором и записанному в истории болезни).

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

Я проинформировал доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. _____

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Я полагаю, что в моих интересах приступить к лечению пародонта.

Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился с данными Приложением и понимаю, что оно является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни и собственностью стоматологического кабинета.

Врач _____

Подпись пациента _____

Дата « ____ » _____ 20__ г