Добровольное информированное согласие
на проведение пародонтологического лечения

Я, _____,
паспорт серия _____ № _____ выдан _____ , дата выдачи _____
уполномочиваю врача-стоматолога _____
провести ортопедическое лечение дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ась) с предлагаемым лечением и мог(ла) отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.
Подпись пациента _____ /_____/.
уполномочиваю врача-стоматолога _____
провести пародонтологическое лечение. Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.
Врач поставил мне следующий диагноз: _____
и указал на необходимость проведения профессиональной гигиены полости рта и комплексного лечения заболевания, включая хирургические, ортопедические, ортодонтические методы. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление, либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба или группы зубов.

Пародонтологическое лечение не может гарантировать полного выздоровления, хотя имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, результатом проводимых процедур является стабилизация зубов, процесса атрофии костной ткани, устранение воспалительных явлений в окружающих зуб тканей, направленная регенерация костной ткани при отсутствии медицинских противопоказаний.
Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба или группы зубов.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического исследования с целью уточнения диагноза и контроля эффективности проводимого лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с врачом).

Я предупрежден(а) о возможных осложнениях во время анестезии, лечебных манипуляциях, при приеме анальгетиков, антибиотиков и других лекарственных средств.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях повышенной чувствительности и непереносимости медикаментозных препаратов в прошлом и в настоящее время.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(сна) с тем, что предсказать точный результат планируемого лечения невозможно, так как не может быть стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мной результата с реальной действительностью. Я понимаю, что мне не давались безосновательные гарантии или заверения. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Принимая во внимание все возможные результаты планируемого лечения, возможные осложнения и риски, я согласен(сна) на рекомендованное врачом лечение имеющегося у меня заболевания пародонта.

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

Пациент: _____/_____/ Врач: _____/ _____ /
(подпись пациента) (подпись врача)

Дата _____

СРОК ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТ

по ДОГОВОРУ № с по

дата _____ подпись _____/_____/.