

Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства (неосложненного кариеса).

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан:

Я,
паспорт: выдан:
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным

уполномочиваю врача-стоматолога _____
провести лечение _____

Этот документ содержит 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. Доктор поставил мне следующий диагноз: _____

и указал на необходимость лечения: этого зуба. Последствиями отказа от лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление или нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового

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

Доктор понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти при лечении неосложненного кариеса, а именно:

1. повышенная чувствительность зуба к термическим, механическим раздражителям;
2. случайное вскрытие полости зуба в следствии анатомических особенностей строения;
3. индивидуальная непереносимость компонентов пломбирочного материала;
4. скол стенки зуба
5. развитие осложненного кариеса.

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я сообщил (а) доктору о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимаю сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, непредсказуемость точного результата моего лечения. Согласен, что в моих интересах приступить к лечению зуба.

Мне объяснены все возможные исходы лечения и альтернативы ему. Я имел (а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился (ась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящее приложение есть неотъемлемая часть истории болезни.

Представитель _____ / _____
(согласен, согласна) (подпись) (дата)

_____/ _____ / _____
(подпись врача) (дата)

СРОК ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТ

по ДОГОВОРУ № _____ с _____ по _____
дата _____ подпись _____