

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
НА ОСМОТР, КОНСУЛЬТАЦИЮ, ЛЕЧЕНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА.

3-7.15

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, лечение, которые будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_.

Мой врач тщательно осмотрел мою полость рта и я получил(а) подробную информацию о состоянии моих тканей пародонта, наличии кариозных поражений, дефектных пломб, которая внесена в мою стоматологическую карту.

**Мне разъяснили и мне понятно, что при лечении заболеваний пародонта возможны:**

- потеря зубов вследствие прогрессирования процесса;
- периодические обострения заболевания, требующие дополнительного профилактического лечения;
- возникновение неотложных состояний в процессе лечения (особенно хирургического), связанные с применением лекарственных средств, анестезии;
- ощущение дискомфорта, болезненности, возникновение реактивного отека, ретракции десны (оголение шеек корней зубов), повышенной чувствительности шеек зубов.

**Я понимаю, что прием лекарственных средств без назначения лечащего врача, а также алкоголь, наркотические средства, курение могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления, уменьшить вероятность успеха лечения. Я предупрежден** о том, что в послеоперационный период, оговоренный врачом, не рекомендовано управлять транспортным средством. **Я предупрежден** о необходимости соблюдения послеоперационного режима (щадящая диета, гигиена полости рта, прием лекарственных средств)

**Я предупрежден о возможном риске и осложнениях при проведении анестезии:**

отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции вследствие индивидуальной непереносимости, ограниченное открывание рта, обморок, коллапс, травмирование нервных окончаний (парез, парестезия, невралгия).

**Я сообщил(а)** точные данные о своем здоровье, обо всех необычных реакциях на лекарства, анестетики, укусы насекомых, пищу, пыль и т.д. и согласен(а) на тип анестезии, избранной моим доктором. **Я осознаю**, что преимущества предлагаемого лечения значительно перевешивают возможные осложнения, поэтому я добровольно даю согласие на проведение лечения.

**Мне сообщено и понятно, что для сохранения эффекта пародонтологического лечения необходимо:**

- 1) выполнять рекомендации врача;
- 2) своевременно и в полном объеме проводить стоматологическое лечение;
- 3) соблюдать тщательную ежедневную гигиену полости рта;
- 4) проводить обследование и лечение у врачей-интернистов при наличии общих заболеваний, проявляющихся в патологии зубочелюстной системы;
- 5) посещать стоматолога в назначенное врачом время для контроля и профессиональной гигиены с периодичностью 1-2-3 раза в год (нужное обвести).

**Я понимаю**, что полное излечение патологий тканей пародонта мне не гарантировано, но так же, **я понимаю**, что мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, качественное проведение всех медицинских манипуляций, применение качественных материалов.

**Я согласен(а) на предложенное лечение, диагностическое исследование, в том числе рентгеновское: ортопантограмма, прицельные рентгеновские пленочные и компьютерные снимки, и профилактику (с возможными отклонениями по усмотрению врача для достижения более благоприятного результата для моего блага). Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_