

кальцификацией к/каналов, что в некоторых случаях повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфораций, поломки инструментов). При лечении искривленных к/каналов также имеется более высокий процент поломки инструментов, перфораций и переломов корня. Все эти сложные клинические ситуации могут повлиять на конечный результат эндодонтической терапии.

Даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Доктор также объяснил мне необходимость обязательного восстановления коронки зуба после проведения эндодонтического лечения, т.е. постановка пломбы или коронки (по ситуации).

В противном случае возможна потеря зуба, либо потребуются перелечивание корневых каналов.

Я понимаю необходимость рентгенологической диагностики и контроля качества эндодонтического лечения как во время лечения, так и в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с доктором и записанному в истории болезни).

Я проинформирован(а) о возможных побочных действиях прописанных моему ребенку лекарственных препаратов (в случае их назначения), используемых стоматологических материалов и технологий, о необходимости соблюдать режим, назначения и рекомендации лечащего врача в ходе лечения и по его окончании, немедленно сообщать врачу о любом изменении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных им лекарственных препаратов. Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции.

Я проинформировал(а) доктора обо всех случаях аллергии у моего ребенка к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мне названы, мной согласован и одобрен предложенный моему ребенку индивидуальный план лечения, технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, примерные сроки проведения лечения. Мне сообщена предварительная стоимость планируемого лечения, которая будет окончательно установлена по окончании реализации согласованного со мной индивидуального плана стоматологического лечения моего ребенка. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть, о чем заранее меня уведомит врач.

Я предупрежден(а) о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций врача, режима приема назначенных лекарственных препаратов, неявка в назначенное врачом время на этапы лечения и последующие профилактические осмотры, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья моего ребенка.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативные варианты лечения имеющихся стоматологических заболеваний у моего ребенка и их стоимости предложенному лечению. Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены удовлетворяющие меня ответы и разъяснения.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма моего ребенка, я согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный исход планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения по поводу излечения моего ребенка, а гарантировано лишь то, что все необходимые и согласованные со мной лечебные манипуляции будут выполнены в соответствии существующими стандартами или требованиями. Я полагаю, что в моих интересах приступить к предложенному методу стоматологического лечения. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты моего ребенка.

Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня. Рекомендации, памятка мною получены.

Настоящий документ является приложением к Договору возмездного оказания медицинских услуг № _____ от « ____ » _____ 20__ года неотъемлемой частью медицинской карты моего ребенка.

Я подтверждаю согласие на проведение моему ребенку местной инъекционной анестезии

_____.
(наименование препарата)

С рекомендациями, планом лечения, режимом лечения ознакомлен, обязуюсь их выполнять.

Законный представитель √ _____ / _____
ФИО, подпись

Врач _____ / _____
ФИО, подпись

« ____ » _____ 20__ г.