

создания доступа к лечению корневых каналов, в результате чего может произойти - перелом зуба, что может привести к его удалению.

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 мне 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 к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мне названы, мной согласован и одобрен предложенный мне 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. 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 моего здоровья.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативные варианты лечения имеющихся у меня стоматологических заболеваний 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 сущностью предложенного лечения и уникальность собственного организма, 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 моего излечения, 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 пациента. Данный документ прочитан мною лично, условия ИДС мне разъяснены и понятны. С рекомендациями, планом лечения, режимом лечения ознакомлен, обязуюсь их выполнять.

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

Я подтверждаю согласие на проведение мне местной инъекционной анестезии

_____.
(наименование препарата)

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

Пациент  _____ / _____
ФИО, подпись

Врач _____ / _____
ФИО, подпись

«__» _____ 20__ г.