

**Информационное добровольное согласие
на проведение медицинского стоматологического (терапевтического) лечения.**

Я (Ф.И.О.) _____,
в соответствии с требованиями 323 -ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан РФ» (ст.120), даю информированное согласие на проведение терапевтического лечения.

Доктор в устной доступной форме детально объяснил о поставленных мне диагнозах и особенностях течения этих заболеваний.

Я осознаю необходимость проведения стоматологического лечения, план которого изложен в медицинской карте. Мне в доступной форме были объяснены все методы диагностики и лечения, возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения, как в процессе, так и после лечения. Я понимаю, что отказ от лечения может повлечь: прогрессирование кариозного процесса, поражение пульпы и окружающей кости, перелом зуба при отказе покрыть его коронкой, инфекционные осложнения, прогрессирование заболеваний пародонта, утрата зуба (ов) и др.

Я понимаю, что лечение, является вмешательством в биологический организм и, как любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов.

Я понимаю, что несоблюдение рекомендаций врача и режима лечения может повлиять на качество и сроки лечения, а также отрицательно сказаться на моем здоровье. Я обязуюсь своевременно являться на назначенные приемы и контрольные осмотры в назначенное мне время, соблюдать все рекомендации врача, в том числе по уходу за полостью рта.

Я ознакомлен с возможными осложнениями на разных этапах лечения:

- во время проведения анестезии: гематомы, повреждение нервов и сосудов, парезы лица аллергические реакции, пост.инъекционные боли;
- во время лечения каналов имеется определенный процент (5-10%) неудач (поломка инструмента, перфорация стенки и др.) эндодонтического лечения, что может потребовать перелечивание каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаления зуба.
- после лечения возможны: отек (припухлость) десны, дискомфорт или боль в течение нескольких дней или недель.

Я ознакомлен с ценами на планируемое лечение. Я понимаю, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией организма возможно расхождение с первоначально определенным планом лечения и изменение ранее оговоренной стоимости лечения как в большую, так и в меньшую сторону. В случае необходимости я доверяю врачу расширить объем оказываемых услуг до необходимого с целью надлежащего оказания медицинских услуг или (и) предотвращения вреда состоянию моего здоровья.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания. На все заданные вопросы я получил (а) удовлетворившие меня ответы.

Подпись пациента: _____ / _____ /

Беседу провел врач: _____ / _____ /