

Добровольное информированное согласие на проведение пародонтологического лечения

Я _____, настоящим уполномочиваю врача-стоматолога провести комплексное пародонтологическое лечение в связи с выявлением у меня заболевания пародонта.

Термин «комплексное пародонтологическое лечение» подразумевает под собой проведение врачебных процедур и манипуляций, включая, в случае необходимости: временное шинирование зубов (с целью исключения их подвижности), проведение профессиональной гигиены полости рта, оперативного лечения и назначения медикаментозных препаратов и поддерживающей терапии на протяжении всего последующего периода наблюдения с частотой посещения, рекомендуемой мне врачом. При необходимости, определённой лечащим врачом, я обязуюсь провести постоянное протезирование дефектов зубных рядов.

Последствиями моего отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, потеря зубов, а также системные проявления заболевания.

Альтернативами предложенному лечению являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

Я согласен регулярно посещать моего врача для осмотра и профилактических процедур с частотой не реже одного раза в 6 месяцев. При необходимости врач может установить другой график прохождения контрольных осмотров. Я проинформирован о том, что нерегулярное либо несвоевременное посещение неизбежно снизит результаты предложенного лечения. Я согласен на рентгенологическое обследование, необходимое как до, так и после операции для достижения оптимального результата

Я подтверждаю, что предварительно проинформирован о возможности развития осложнений при любых манипуляциях в полости рта, проведении анестезии и при приёме лекарств, не зависящих от моего лечащего врача. Они включают в себя возможный болевой синдром, отек, гематому и связанный с этим косметический дефект, тошноту, воспаление в послеоперационном периоде; аллергические состояния при введении и назначении медикаментозных препаратов; нарушения нормальной работы желудочно-кишечного тракта в результате приема антибактериальных препаратов.

Могут возникнуть обнажение корней зубов и связанный с этим эстетический дефект (что может потребовать дополнительной коррекции); а также непредвиденные и ранее неизвестные осложнения; кроме того возможно обнаружение не выявленных ранее обстоятельств. Эти обстоятельства или осложнения могут потребовать проведения дополнительных диагностических и лечебных процедур.

Я понимаю, что курение, приём алкоголя, неудовлетворительная гигиена полости рта неблагоприятно влияют на процесс заживления и значительно уменьшают вероятность успеха лечения.

Я понимаю, что пародонтологическое лечение не гарантирует полного выздоровления, поскольку при имеющемся у меня заболевании никакие методы лечения не могут восстановить то состояние моей зубочелюстной систем, которое имелось до возникновения заболевания. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что невозможно предсказать точный результат планируемого лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Осознавая всё это, я добровольно соглашаюсь на предлагаемое мне лечение и подписываю это письменное согласование. Я внимательно ознакомился с текстом полностью понял его и понимаю, что последнее является юридическим документом, влекущим для меня правовые последствия.

Подпись пациента _____ Подпись врача _____ Дата _____