

## Информированное добровольное согласие на пародонтологическое лечение

от " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 200 \_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_, врачом \_\_\_\_\_ проинформирован(а) о необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта и пародонтологического лечения.

Врач поставил мне диагноз: \_\_\_\_\_.

Пародонтологическое лечение имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма. В ходе лечения могут быть использованы консервативные методы (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, закрытый кюретаж зубодесневых карманов), хирургические методы (открытый кюретаж зубодесневых карманов - лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны), ортодонтические и ортопедические методы (шинирование, протезирование).

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

Альтернативой данного лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отказ от лечения как такового.

Хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

При оказании пародонтологической помощи результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Я понимаю необходимость визуального и рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры в назначенное время, согласованное с врачом и записанное в медицинской карте.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился (-лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение мне пародонтологического лечения.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_