

Информированное согласие на неотложное лечение зуба ребенку

от " ____ " _____ 200 ____ г.

Я, _____,
получила от врача _____
всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении моего ребенка. Врач внимательно осмотрел моего ребенка, разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения, а также возможные осложнения.

Я согласен(а) на неотложное лечение (трепанация зуба, неотложное лечение корневых каналов, постановка девитализирующей пасты), чтобы, возможно, сохранить зуб от удаления. После неотложного лечения для устранения инфекции потребуются дополнительное лечение корневых каналов.

Я понимаю, что если в течение ближайшего времени, указанного врачом, такое лечение не будет выполнено, то воспаление может возобновиться или продолжаться, и неотложное лечение корневых каналов для сохранения зуба будет неэффективным. Я согласен (а) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.

Мне было сообщено, что в ходе лечения может быть применена анестезия, выбор которой производится лечащим врачом при моем согласии. Я понимаю, что всегда имеется риск применения анестезии и такой риск был мне полностью объяснен.

Мне объяснены возможные последствия отказа от предполагаемого лечения, включая осложнения.

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 медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение неотложного лечения зуба моему ребенку.

Подпись родителей (опекуна)

Подпись врача
