

Информированное добровольное согласие пациента на проведение лечения по поводу кариеса депульпированного зуба

Я, Ф.И.О. _____ информирован/а/ врачом стоматологом _____ о необходимости провести лечение данного зуба с восстановлением анатомической и функциональной целостности без лечения корневых каналов вследствие их предыдущего удачного лечения, отсутствия клинических, рентгенологических и воспалительных изменений периодонта на данный момент. На основании осмотра и рентгенологического обследования данного зуба, врач поставил мне диагноз _____ и указал на необходимость восстановления культи зуба с помощью дополнительных материалов, в том числе с помощью анкерных или стекловолоконных штифтов.

Мне было проведено рентгенологическое обследование данного зуба и объяснено, что корневой канал ранее был запломбирован и никаких воспалительных образований на верхушке корня зуба не выявлено. Я информировал /а/ доктора, что данный зуб был лечен около _____ лет назад.

Мне понятно, что после лечения зубов современными композиционными материалами качество может снижаться (т.е. возможны изменения цвета, шероховатость, откол пломбы) вследствие употребления в пищу красящих продуктов, полоскания и приема внутрь настоев трав и некоторых лекарственных препаратов, неудовлетворительной гигиены полости рта, наличие вредных привычек (курение, откусывание ниток, лужганье семечек), употребление твердой пищи (орехи, сухари, кости). Я осведомлен /а/ о возможных осложнениях после анестезии и приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я согласен /а/ на проведения метода местной анестезии, выбранного совместно с лечащим врачом. Доктор объяснил мне необходимость обязательного покрытия данного зуба искусственной коронкой, так как стенки зуба истончены, восстановлены большим объемом пломбировочного материала и при чрезмерной жевательной нагрузке могут отломиться, рассказал о возможности развития воспалительного процесса на верхушке корня. Я был /а/ информирован /а/ о проведении профессиональной гигиены перед лечением.

Я проинформировал /а/ доктора о всех случаях аллергии на медикаментозные препараты и о наличии реакции в прошлом и настоящем.

Я понимаю сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма. Согласен /на/ приступить к запланированному лечению. Мне были объяснены в доступной форме все возможные исходы лечения, в том числе негативные, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел /а/ возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился /лась/ с данным документом и понимаю, что последний является юридическим документом и влечет за собой правовые последствия.

На лечение кариеса депульпированного зуба согласен /на/.

Ф.И.О и подпись пациента _____

Дата _____

Подпись врача _____