

Добровольное информированное согласие пациента

Я, _____

Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель

Я, _____ (Ф.И.О. представителя пациента)

Выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента _____ (Ф.И.О. пациента)

• На лечение кариеса и иных болезней твёрдых тканей зубов

Настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня (представляемого) заболевания _____

Лечением врачом мне разъяснено, что кариес – это патологический процесс, развивающийся после прорезывания зубов и проявляющийся деминерализацией и размягчением твердых тканей зубов (эмали и дентина) с последующим образованием полости, а также мне даны разъяснения о конкретной разновидности диагностированного у меня (представляемого) заболевания:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> K02.0 Кариес эмали – на зубе произошло помутнение эмали, видимых разрушений нет, инструментальное обследование зондом не дало никаких признаков изменения структуры или на поверхности зуба появилась темная пигментация, при осмотре зуба зондом выявлено размягчение эмали. | <input type="checkbox"/> K02.1 Кариес дентина – поражены ткани эмали и дентина. |
| <input type="checkbox"/> K02.2 Кариес цемента – почти полное разрушение зуба. | <input type="checkbox"/> А также иные болезни твердых тканей зубов _____ |

Я предупрежден(а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение осложнения в виде новых заболеваний – пульпита и периодонтита.

Врачом мне было разъяснено и понятно, что с учетом диагноза моего (представляемого) заболевания такое медицинское вмешательство, как лечение кариеса будет включать в себя следующие этапы: анестезия, наложение коффердама (изоляция зуба от полости рта латексной завесой), очищение от некротизированного дентина и эмали с помощью сверления или обработка полости лазером, формирование стенок и дна для оптимального наложения пломбы, обработка антисептиками, наложение лечебной или изолирующей прокладки, наложение пломбы, шлифовка пломбы к остальным зубам (по прикусу), чтобы она не мешала при жевании, воссоздание вида здорового зуба, соблюдая все анатомические тонкости.

Я предупрежден, что поражение зуба, которое кажется небольшим на поверхности эмали зуба, может оказаться значительным внутри. Это повлечет за собой большую площадь обработки зуба и, возможно, ненамеренное вскрытие полости зуба. В этом случае необходимо будет провести эндодонтическое лечение зуба (депульпирование), что приведет к увеличению стоимости лечения.

Альтернативными методами лечения является: изготовление вкладки или накладки, установление коронки, удаление зуба или отсутствие лечения вообще.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства: рецидивирующий или вторичный кариес (формирование кариозной полости рядом с пломбой), воспаление пульпы, выпадение пломбы, несоответствие пломбы цвету эмали, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Я предупрежден(а) о том, что, ввиду специфики медицинской деятельности, невозможно предоставить мне (представляемому) гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении лечения.

Мне разъяснено, что симптомами большинства из перечисленных выше осложнений являются болевые ощущения в области пролеченного зуба и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне (представляемому) необходимо обратиться в клинику ООО «Семейная стоматология» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений и проведения при необходимости повторного лечения.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышесказанного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом ООО «Семейная стоматология».

• На лечение пульпита

Настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня (представляемого) заболевания _____

Мне разъяснено, что пульпит - это острое воспаление сосудисто-нервного пучка в зубе (пульпы) вследствие проникновения в неё бактерий из кариозной полости зуба, а также даны разъяснения о конкретной разновидности диагностированного у меня (представляемого) заболевания:

- K04.0** Пульпит
- K04.1** Некроз пульпы
- K04.2** Дегенерация пульпы
- K04.3** Неправильное формирование твердых тканей в пульпе

Я также предупрежден(а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение осложнения в виде нового заболевания – периодонтита, периапикального абсцесса или корневой кисты.

Я также информирован(а) врачом о том, что метод лечения пульпита заключается в удалении болезненно измененной пульпы, дезинфекции пульпарной камеры, а также механической и медикаментозной обработке кариозной полости, каналов корня зуба и заполнении их пломбировочным материалом с последующей реставрацией анатомической формы зуба. Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения вообще.

Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и потому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:

- Вследствие сильной кальцификации корневых каналов, а также при лечении искривленных корневых каналов возможно: перелом эндодонтического инструмента в корневом канале, перфорация стенки корневого канала или стенки зуба, неполное пломбирование корневого канала;
- Также возможно: вывод пломбировочного материала за верхушку корня зуба, необнаруженный и, соответственно, незапломбированный дополнительный корневой канал, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 3-4 дня, а при «накусывании» вплоть до двух недель.

Я предупрежден(а), что имеется определенный процент (5-10%) неудачного эндодонтического лечения, что может грозить перелечиванием корневых

каналов в будущем, периапикальной хирургией и даже удалением зуба или его части.

Я предупрежден(а) о том, что, ввиду специфики медицинской деятельности, невозможно предоставить мне (представляемому) гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении лечения.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после лечения пульпита являются болевые ощущения в области пролеченного зуба и что при появлении болевых ощущений после завершения лечения или любого из его этапов мне (представляемому) необходимо обратиться в клинику ООО «Семейная стоматология» для дополнительного обследования и консультации с врачами - специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Так же я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом ООО «Семейная стоматология».

• На лечение периодонтита

Настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня (представляемого) заболевания

Мне разъяснено, что периодонтит – это воспаление периодонта, то есть тканей, окружающих зуб, а также даны разъяснения о конкретной разновидности диагностированного у меня (представляемого) заболевания:

- K04.4** Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения
- K04.5** Хронический апикальный периодонтит
- K04.6** Периапикальный абсцесс с полостью
- K04.7** Периапикальный абсцесс без полости
- K04.8** Корневая киста

Я также предупрежден(а) о том, что в случае отсутствия адекватного лечения возможно возникновение следующих осложнений заболевания: остеомиелит челюсти, гнойное воспаление лица и шеи, острый сепсис.

Мне разъяснено и понятно, что такое медицинское вмешательство, как лечение периодонтита проводится в несколько этапов. Сначала для устранения воспаления хирургически удаляется жидкость (гнойная или серозная), образовавшаяся в месте воспаления, что может занять несколько дней при необходимости полоскания гипертоническими растворами. Далее лечение будет складываться из следующих этапов: механическая подготовка (расширение, очистка), антисептическая обработка (дезинфекция) и пломбирование каналов – сначала временное (зачастую неоднократно), а потом и постоянное. При этом выведение пломбировочного материала за верхушку зуба может быть необходимым и являться методом лечения. В зависимости от степени разрушения зуба далее производится реставрация или протезирование.

Я также информирован(а) о том, что с учетом тяжести моего (представляемого) заболевания может быть проведено хирургическое вмешательство, которое заключается в удалении воспаленной верхушки корня зуба. Такая операция позволяет спасти весь зуб при периодонтите и избежать его удаления.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения вообще.

Я информирован(а), что эндодонтическая терапия по лечению периодонтита не имеет высокого процента клинического успеха (не более 50%) в связи с наличием серозного или гнойного содержимого в каналах зуба или периапикальных тканях, и я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства:

- Вследствие сильной кальцификации корневых каналов, а также при лечении искривленных корневых каналов возможно: перелом эндодонтического инструмента в корневом канале, перфорация стенки корневого канала или стенки зуба, неполное пломбирование корневого канала.
- Также возможно: вывод пломбировочного материала за верхушку корня зуба, обнаруженный и, соответственно, незапломбированный дополнительный корневой канал, аллергические реакции, рецидив воспалительного процесса в периапикальных тканях зуба, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Я понимаю и принимаю то, что положительный результат при лечении периодонтита не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 3-4 дня, а при «накусывании» вплоть до двух-трех недель.

Я предупрежден(а) о том, что, ввиду специфики медицинской деятельности, невозможно предоставить мне (представляемому) гарантии, что этот зуб не будет повреждаться вторичным кариесом в будущем, даже при успешном завершении лечения.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после лечения периодонтита являются болевые ощущения в области пролеченного зуба и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне (представляемому) необходимо обратиться в клинику ООО «Семейная стоматология» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом ООО «Семейная стоматология».

• На местное обезболивание стоматологического лечения

Настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о необходимости, характере, и возможных осложнениях такого медицинского вмешательства, как местное обезболивание (анестезия), целью которого является безболезненное выполнение любой стоматологической манипуляции.

Мне разъяснено, что стоматологическое лечение зачастую бывает чрезвычайно болезненным и нуждается в связи с этим в обезболивании. Местная анестезия приводит к временной потере болевой, тактильной и температурной чувствительности в области обезболивания и **последствиями отказа от неё** могут быть: невозможность выполнения медицинской манипуляции из-за сильной боли и, следовательно, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, усиление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. При попытке врача выполнить определённые виды стоматологического лечения без применения местной анестезии возможны: ранение пациента острыми инструментами, потеря сознания, болевой шок. Могут возникнуть или обостриться заболевания сердечно-сосудистой и нервной системы.

Я проинформирован(а) о том, что в зависимости от объема необходимого лечения врач-стоматолог выбирает вид анестезии или сочетает несколько видов местной анестезии. Таковыми видами являются:

- **Апликационная анестезия** – это поверхностное обезболивание. Оно применяется при снятии зубных отложений, удалении подвижных зубов, а также перед проведением более глубокого вида анестезии, чтобы снять неприятные ощущения от укола. Для этой цели применяется анестетики в виде спрея, мази или геля.
- **Местная инъекционная анестезия** проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций

(уколов) для введения анестезирующего вещества с целью обеспечения эффекта обезболивания. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма. Местная инъекционная анестезия в свою очередь подразделяется на:

- Инфильтрационная анестезия. Самый частый вид обезболивания в стоматологической деятельности, всем известная так называемая «заморозка» Инфильтрационную анестезию выполняют инъекцией анестетика под слизистую оболочку, надкостницу или внутрикостно. Этот вид обезболивания применяется при самых различных стоматологических манипуляциях.
- Проводниковая анестезия. При этом виде обезболивания препарат подводят к ветвям тройничного нерва, при этом обезболивающий эффект наблюдается в заданной области иннервации. Проводниковая анестезия применяется при оперативных вмешательствах в области больших коренных зубов, при операциях на деснах и больших по объему вмешательствах.
- Интралигаментарная, или внутрисвязочная анестезия - способ местной анестезии, который состоит во введении местноанестезирующего раствора в периодонтальное пространство. Обезболивающее средство инъецируется под более высоким давлением, чем при обычной анестезии. Поэтому интралигаментарную анестезию безопаснее и легче проводить специальными инъекторами, которые за счет редуктора увеличивают мышечную силу руки врача-стоматолога и позволяют развивать сильное давление.
- Стволовая анестезия. Стволовая анестезия проводится у основания черепа для блокады ветвей тройничного нерва. Этот вид анестезии используется в стационаре при оперативных вмешательствах, при тяжелом болевом синдроме, невралгии, травмах.

Альтернативой данному медицинскому вмешательству является отказ от лечения или выполнение лечения без обезболивания. Я осознаю всю тяжесть последствий данного решения. Я осознаю также, что врач может, а иногда и ДОЛЖЕН отказаться от выполнения многих стоматологических манипуляций без обезболивания из-за невозможности обеспечить мою (представляемого) безопасность.

Осложнениями местной анестезии могут явиться: аллергические реакции организма на медикаментозные препараты, обморок, коллапс, шок, травматизация нервных окончаний и сосудов, потеря чувствительности, невриты, невралгии, постинъекционные гематомы. Основные осложнения инъекционной анестезии обусловлены, в первую очередь, введением в ткани организма раствора анестетика и реакцией организма на него (учащение сердцебиения, повышение артериального давления, аллергический шок, обморок, коллапс). Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, тризм (ограниченное открывание рта), которые могут сохраняться в течение нескольких дней или дольше.

Эффект обезболивания бывает затруднен в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ или при выраженном эмоциональном стрессе, Современными анестетиками, применяемые с использованием одноразовых игл и карпул, обычно не дают осложнений. Однако при наличии опасений рекомендуется провести предварительные пробы на аллергическую реакцию.

Я подтверждаю, что в анкете назвал(а) все известные мне имеющиеся у меня (представляемого) болезни, недуги и состояния. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего (представляемого) здоровья.

Я понимаю и принимаю то, что при проведении местной инъекционной анестезии положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешённых к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышесказанного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства врачом - ООО «Семейная стоматология» в тех случаях моего (представляемого) обследования и лечения, когда врач сочтёт это необходимым.

• На рентгенодиагностику

настоящим подтверждаю что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о необходимости, характере, и возможных осложнениях такого медицинского вмешательства как лучевые методы исследования, целью которого является помощь в постановке правильного и полного диагноза, а также контроль за качеством проводимого стоматологического лечения.

Я проинформирован(а) о том, что метод лучевой диагностики - это рентгенодиагностика, т.е. метод исследования органов человека с использованием рентгеновского излучения, в данном случае применяемый для диагностики в челюстно-лицевой области. Выполняется на специализированных рентгеновских установках с изотоплением рентгеновских снимков, как отраженных на пленке, так и обработанных на компьютере.

Мне разъяснено, что многие стоматологические заболевания не имеют ярко выраженных признаков при наружном осмотре, но могут быть видны на рентгеновских снимках. Так же многие диагнозы требуют своего подтверждения и уточнения с помощью рентгенодиагностики.

Рентгеновские снимки позволяют лечащему врачу комплексно оценить текущее состояние зубочелюстной системы, определиться с объёмом необходимого лечения, до начала лечения подготовиться к сложной анатомии корневых каналов зуба, оценить имеющиеся воспалительные изменения, а также проконтролировать эффективность своей работы после окончания лечения и, при необходимости, назначить дополнительные методы исследования.

Я информирован(а) о том, что многие виды стоматологического лечения, например, эндодонтическое лечение, нуждаются в постоянном рентгеновском контроле, дабы обеспечить точность и полноту лечения.

Отказ от рентгенодиагностики может повлечь за собой невозможность постановки правильного диагноза и, следовательно, невозможность адекватного лечения. Все это приведёт к прогрессированию заболевания, развитию инфекционных осложнений, усилению болевых ощущений, а также обострению системных заболеваний организма.

При попытке врача выполнить определённые виды стоматологического лечения без рентгеновского контроля это может привести к некачественному или даже опасному для здоровья лечению.

Альтернативой является отказ от лечения или выполнение лечения без рентгенодиагностики. Я осознаю всю тяжесть последствий данного решения. Я осознаю также, что врач может, а иногда и ДОЛЖЕН, отказаться от моего (представляемого) лечения вообще или от выполнения многих стоматологических манипуляций без рентгенодиагностики из-за невозможности обеспечить качество лечения и мою (представляемого) безопасность.

Я проинформирован(а) о том, что клиника осуществляет мероприятия по соблюдению правил, норм и нормативов в области радиационной безопасности и располагает всеми необходимыми стационарными, передвижными и индивидуальными средствами защиты, применяемыми при рентгенодиагностике. При проведении исследования мне (представляемому) будет предоставлен рентгенозащитный фартук. В соответствии с требованиями к методам рентгенодиагностики на территории РФ мне (представляемому) будет гарантировано проведение рентгеновского исследования специалистом соответствующей квалификации, использование им только разрешённых к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Осложнениями рентгенодиагностики может явиться превышение допустимой лучевой нагрузки, что отрицательно повлияет на кроветворную, сердечно-сосудистую, дыхательную системы, может вызвать болезни практически всех органов и систем.

Я проинформирован(а) о том, что однако средняя доза облучения, получаемая мною (представляемым) при рентгенодиагностике, составит:

Интраоральная рентгенодиагностика (цифровая): 0,001-0,004 мЗв (миллизиверт) на один снимок.

Панорамная рентгенодиагностика (цифровая): 0,01-0,04 мЗв (миллизиверт) на один снимок.

Зиверт – это единица измерения воздействия ионизирующего излучения.

В течение года из внешней среды человек получает облучение (естественный фон) примерно в 2,0- 3,0 мЗв. Следовательно, риск превышения лучевой нагрузки при соблюдении методик и правил рентгенодиагностики при стоматологическом лечении сведен к минимуму. Столь невысокие эффективные дозы облучения достигаются за счёт использования современных моделей рентгеновского оборудования, основанных на принципе цифровой рентгенографии.

Однако я дополнительно проинформирован(а), что даже допустимая медицинская лучевая нагрузка категорически вредна в случае беременности. Рентгенодиагностика при беременности возможна лишь в самом крайнем, экстренном случае.

Также я проинформирован, что врач, проводящий моё (представляемого) лечение, может считать необходимым, направить меня (представляемого) на дополнительные рентгенологические исследования в иные специализированные медицинские организации.

Я уведомлен(а) о том, что мне (представляемому) гарантирован контроль за дозой моего (представляемого) облучения в целях обеспечения и контроля моей (представляемого) безопасности, в частности, правильное ведение листа учета дозовых нагрузок пациента при рентгенологических исследованиях, оформление иной необходимой медицинской документации.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства врачом ООО «Семейная стоматология» в тех случаях моего (представляемого) обследования и лечения, когда врач сочтет это необходимым.

- **На операцию по удалению зуба**

настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня (представляемого) заболевания _____

- K00** Нарушения развития и прорезывания зубов
- K01** Ретенированные и импактные зубы
- K04** Болезни пульпы и периапикальных тканей
- K05** Гингивит и болезни парадонта
- K07** Челюстно-лицевые аномалии [включая аномалии прикуса]
- K08** Другие изменения зубов и их опорного аппарата
- K10** Другие болезни челюстей

и, в связи с этим(и) заболеванием(и), о необходимости проведения операции по удалению зуба(ов) _____

Я также предупрежден(а) о том, что в случае отказа от удаления зуба(ов) возможно возникновение следующих осложнений заболевания: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений (остеомиелит челюсти; гнойное воспаление лица и шеи; острый сепсис и др.), появление или нарастание боли, обострение системных заболеваний организма, летальный исход. Также отказ от удаления может привести к усложнению и даже невозможности будущего ортопедического и ортодонтического лечения зубов.

Мне разъяснено и понятно, что операция по удалению зуба заключается в удалении зуба или его части из челюстной кости при помощи специальных, адаптированных для разных зубов и разных ситуаций в полости рта инструментов. При некоторых заболеваниях (аномальное расположение зуба, использовавшийся ранее резорцин-формалиновый метод и другие...) врачу необходимо препарировать кость в области удаляемого зуба или его части для обеспечения доступа. В таких случаях, а так же в случаях последующей имплантации для скорейшего восстановления целостности костной ткани врачом-стоматологом могут использоваться специальные костеобразующие материалы (Bio-OSS, Швейцария, Per Gen, США, и др.) и мембраны (НРТ Bio-Gite, НРТ Gore-Tex и др.), а также возможна пересадка собственной кости пациента как в «смеси» с костеобразующими материалами, так и без них.

Альтернативными методами лечения являются: отсутствие лечения вообще.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства: удаление зуба не полностью, травма других зубов, появление или нарастание боли, кровотечение, осложнения воспалительного характера (альвеолит, остеомиелит и др), перфорация дна верхнечелюстной пазухи, проталкивание удаляемого зуба в мягкие ткани и полости, перелом челюстных костей, вывих нижней челюсти, травма нервов в области удаляемого зуба и, как следствие, онемение участка кожи лица и губ, которое может сохраняться 3-6 месяцев и более, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 2-3 дня.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после удаления зуба являются болевые ощущения в области удаленного зуба и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне (представляемому) необходимо обратиться в клинику ООО «Семейная стоматология» для дополнительного обследования и консультации с врачами - специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача в послеоперационный период.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом ООО «Семейная стоматология».

Беседу провёл врач Ф.И.О. _____ (подпись) _____

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства _____ (подпись).

Пациент (представитель пациента) отказался от проведения медицинского вмешательства _____ (подпись).