

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ

Настоящее добровольное соглашение составлено на основании Федерального Закона № 323 от 21.11.2011 "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации."

Я, _____
обратившись за медицинской помощью в клинику ООО «Зет 32» Лицензия № ЛО-01-02-002728
выдана Министерством Здравоохранения Республики Башкортостан 13.09.2013г. ознакомлен (а) с
необходимым первичным планом обследования и возможными методами лечения, включающими
в себя:

осмотр врача, проведение консультаций специалистов, проведение методов исследований и
согласен (а) (не согласен) (а) с применением в рамках договора оказания платных медицинских
услуг данных видов медицинских вмешательств.

Мне доктор сообщил, о показании лечения зубов с возможным лечением корневых каналов.
Доктор разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного лечения, преимущество
лечения корневых каналов, перед удалением и последствия, которые могут наступить при
невыполнении лечения, и другие возможные осложнения, могущие возникнуть в ходе и после
лечения: 1. Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до
нескольких дней, по поводу чего доктор назначит препараты, если сочтет это нужным. 2.
Отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в
течение нескольких дней или больше. 3. Инфекция. 4. Тризм (ограниченное открывание рта),
который обычно длится несколько дней. 5. Частота неудач составляет 5-10%. (При неудаче может
потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки или
удаление зуба.) 6. Переломы инструментов во время лечения корневого канала, которые (по
усмотрению врача) могут быть оставлены в канале, или может потребоваться их хирургическое
удаление. 7. Перфорация корневого канала инструментами, что может потребовать
дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или
удалению. 8. Преждевременная утрата зуба, вследствие прогрессирующего заболевания
пародонта. 9. Избыточное пломбирование каналов, или недопломбировка каналов. 10.
Воспалительные явления (или обострения) верхнечелюстной пазухи или нижнечелюстного нерва,
парестезия. 11. Возникновение кариеса под пломбой или в другом месте - в этом же зубе. 12.
Вскрытие полости зуба. 13. Изменение цвета зуба или пломбы. 14. Обострение воспаления в
пульпе зуба с последующим дополнительным лечением корневых каналов. 15. Изменение формы
пломбы. При лечении корневых каналов абсолютной гарантии успешного лечения нет.

Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и его нужно
будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).

Я осведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя
(медицинского работника), предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе
назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной
медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно
сказаться на моем здоровье.

Я понимаю, что я должен придти на повторный осмотр для того, чтобы доктор мог оценить
результаты лечения зубов.

В случае несоблюдения режима лечения и неявки на повторно назначенное лечение
/нарушение принятого лечебного плана/ клиника не несет ответственность за последующие
проявления осложнений в результате проведенного лечения

Подпись пациента _____

(Ф.И.О.)

Подпись врача _____

(Ф.И.О.)

«_____» _____ 201__ г.