Приложение №_____
К стоматологической карте №_____ от « » _____20____г.

Информированное согласие
на проведение медицинского вмешательства

Я _____ уполномочиваю врача-стоматолога _____ провести пародонтологическое лечение. Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз:
_____
_____,
и указал на необходимость лечения заболевания и профессиональную гигиену полости рта. Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба, а также системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие 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 100% гарантии на успех.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с доктором и записанному в истории болезни).

Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал доктора _____ 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 с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Я полагаю, что это в моих интересах приступить к лечению пародонта.

Мне были объяснены причины все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.
_____
_____
_____

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента_____

Подпись доктора_____

Дата_____