

## **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА**

Согласно положению статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 01.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 25.06.2012 г. № 89-ФЗ, от 25.06.2012 г. № 93-ФЗ)

Мне \_\_\_\_\_ доктор \_\_\_\_\_ сообщил, что показано комплексное лечение, включающее санацию, лечение заболеваний пародонта, ортодонтическое и ортопедическое лечение, лечение по поводу сопутствующих заболеваний (ФТЛ и т.п.).

Мне разъяснили и мне понятно, что при лечении заболеваний пародонта возможны:

- потеря зубов вследствие прогрессирования процесса;
- периодические обострения заболевания, требующие дополнительного профилактического лечения;
- возникновение неотложных состояний в процессе лечения (особенно хирургического), связанные с применением лекарственных средств, анестезии (обморок, коллапс, шок);
- ощущение дискомфорта, болезненности, возникновение реактивного отека, воспаления послеоперационного периода, ретракция десны (оголение шеек корней зубов), повышенной чувствительности шеек зубов.

Я понимаю, что прием лекарственных средств без назначения лечащего врача, а также алкоголь, наркотические средства, курение могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления, уменьшить вероятность успеха лечения.

Я обязан ознакомить лечащего врача со своими сопутствующими заболеваниями, перечислить медикаменты, которые принимаю.

Я даю согласие на рентгенологическое обследования до, во время и после лечения.

Я согласен(согласна) на проведение метода местной анестезии, выбранного совместно с лечащим врачом.

Я обещаю в послеоперационный период, оговоренный врачом, не управлять транспортным средством, соблюдать послеоперационный режим (щадящая диета, гигиена полости рта, прием лекарственных средств).

Я понимаю, что результат лечения мне не гарантирован, но так же я понимаю, что мне гарантированно проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, качественное проведение всех медицинских манипуляций, применение качественных материалов.

Я осознаю, что преимущества предлагаемого лечения значительно перевешивают возможные осложнения, поэтому я добровольно даю согласие на проведение лечения.

Я получил исчерпывающую информацию по предполагаемому лечению и согласен с ним.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_