# Добровольное информированное согласие

# на оказание терапевтической стоматологической помощи

Мне, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в доступной для меня форме предоставлена и разъяснена информация по оказанию стоматологической помощи. Я предупрежден(а) о возможности возникновения осложнений в связи с проводимыми манипуляциями вследствие наличия у меня заболеваний полости рта или челюстно-лицевой области, наличием сопутствующих заболеваний, а также в связи с индивидуальными особенностями организма:

* гематома, парез, контрактура жевательной мускулатуры, парестезия (онемение) после проведенной инъекции;
* постпломбировочные боли при накусывании;
* отек мягких тканей;
* возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие зуба при эндодонтическом лечении зуба;
* отлом эндодонтического инструмента в корневых каналах;
* появление околокорневых изменений после пломбировки корневых каналов с плохой проходимостью;
* откол коронковой части зуба при наличии значительного разрушения твердых тканей;
* травма слизистой или мягких тканей полости рта при непроизвольных движениях пациента.

Я предупрежден(а), что в ходе лечения может возникнуть необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зуба; возможно его удаление, если лечение не дало положительного результата.

Для проведения качественного стоматологического лечения я соглашаюсь на рентгенологическое обследование.

Я проинформирован(а) о необходимости выполнения врачебных рекомендаций по уходу за полостью рта после проведенных манипуляций. При несоблюдении рекомендаций врача и при употреблении в первые сутки пищи , содержащей красящие вещества, возможно изменение цвета пломбы. Я также информирован(а) о том, что в соответствии с п.1 ст. 27 ФЗ №323 от 21.11.11 г. "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

Мною получены исчерпывающие ответы на вопросы о предстоящем лечении.

Личной подписью даю согласие на осмотр и оказание стоматологической помощи врачам поликлиники в объеме, определенном лечащим врачом.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)