



Общество с ограниченной ответственностью «ГК-СТОМАТОЛОГИЯ »
ИНН/КПП 2304081118/ 230401001, ОГРН 1232300042413

Информированное добровольное 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 надкусывании;
- 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 21.11.2011 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 Клиники в объеме, определенном лечащим врачом.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных.

Дата _____

Пациент _____

(подпись)