

Информированное согласие на проведение эндодонтического лечения

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 4,5,20,21,22, 23,27 ФЗ №323 от 21.11.11г «Об охране здоровья граждан Российской Федерации», Законом о защите прав потребителей, ФЗ №326 от 29.11.10г. « Об обязательном медицинском страховании в РФ» и действующими законодательными актами.

Мне сообщена вся информация о предстоящем лечении, я соглашаюсь с условиями его проведения.

1. Я, _____ соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог _____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) поликлиника может заменить врача.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Диагноз _____

2.2. Допустимость уточнения диагноза _____

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.4. Возможность коррекции намеченного плана лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты: удаление пораженного зуба (зубов), непроведение лечения.

2.6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного лечения: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление, нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, нарушение общего состояния организма _____

2.7. Возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции.

2.8. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения).

2.9. Возможные осложнения: - определенный процент неэффективного эндодонтического лечения по причине его медицинской специфики, индивидуальных особенностей строения корневых каналов зубов у конкретного пациента и состояния его здоровья; перелечивание корневых каналов зубов через некоторое время или проведения хирургического вмешательства в районе тканей, окружающих зуб, или даже удаление зуба; поломка инструмента (файла) внутри корневого канала и невозможность его извлечения _____

2.10. При перелечивании ранее запломбированных каналов зуба(ов) успех лечения значительно снижается, что связано: с невозможностью (в некоторых случаях) удалить из корневого канала старую пломбу или металлический штифт; с сильной кальцификацией корневых каналов, что в некоторых случаях повышает вероятность возникновения различных осложнений (перфорация, поломка инструмента); с искривлением корневых каналов.

2.11. Возможные осложнения при перелечивании зуба, покрытого коронкой, или являющегося опорой для зубного протеза (съёмного или несъёмного): необходимость снятия несъёмного протеза, перелом зуба, что может привести к его удалению.

2.12. После лечения и перелечивания корневых каналов необходимо восстановление верхней части зуба, т.е. постановка пломбы или коронки (по ситуации).

2.13. Мне сообщена, разъяснена врачом и понята информация о гарантиях.

2.14. Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

2.15. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных мероприятий, рекомендованных врачом.

2.16. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: ортопантограмма, прицельный пленочный снимок; консультация стоматолога иного профиля:

-консультация у врача (ей) общего медицинского профиля: _____

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

_____ 20__ г

Подпись пациента _____

Я отказываюсь приступить к лечению на предложенных условиях.

Я отказываюсь от _____

_____ 20__ г.

Подпись пациента _____