

Информированное согласие на лечение зуба

Я _____ проинформирован о состоянии моего зуба _____. На основании рентгенологических исследований (Компьютерная Томограмма, визиография) и клинических симптомов выявлено, что в периапикальных тканях зуба _____ имеется воспалительный процесс, который проявляется в виде деструкции костной ткани.

Возможность купирования воспалительного процесса зависит от многих факторов: степени сложности анатомического строения моего зуба, проходимости корневых каналов, наличия старого пломбировочного материала в корневых каналах, фрагментов инструментов, находящихся в каналах в результате ранее проводившегося лечения; состояния моего иммунитета, гигиенического состояния полости рта, наличия сопутствующих заболеваний моего организма.

Врач _____ гарантирует мне качественное проведение инструментальных и медикаментозных манипуляций в зубе с соблюдением клинического протокола лечения сложного зуба. Однако не может прогнозировать реакцию моего организма на проводимые вмешательства, скорость заживления оча деструкции.

Я информирован о том, что, возможно, воспалительный процесс не будет купирован.

Я настаиваю на проведение лечения зуба _____.

Я понимаю, что врачом и клиникой будут понесены временные и материальные затраты, и средства, потраченные мною на лечение зуба возвращены не будут.

Я отказываюсь от лечения зуба _____, настаиваю на удалении зуба _____.

Ф.И.О. пациента:

Подпись _____

Дата:

Информированное согласие на фиксацию непрямой реставрации.

ФИО пациента:

Вид реставрации _____

Я даю согласие на постоянную фиксацию реставрации (реставраций), меня устраивают эстетические параметры (цвет, форма, размер и положение). Дав согласие, я понимаю, что после фиксации реставрации постоянный цемент, их снятие возможно лишь путем их полного разрушения и изготовления заново. Уведомлен, о необходимости 100% оплаты работы, в случае пожелания ее замены по эстетическим соображениям.

В целях оценки качества проводимого лечения, а также в целях информирования иных пациентов, научных и образовательных целях я даю свое согласие на фотопротоколирование процесса лечения и использование в дальнейшем изображений снятых зубов.

Гарантия на проведенную работу составляет 5 лет. В случае поломки реставрации, ее расцементировки либо скола в первые три года службы, начиная со дня фиксации, клиника и доктор в частности берет на себя обязательство о ее замене бесплатно. В последующие 2 года службы реставрации, в случае ее скола, расцементировки либо поломки оплата при замене реставрации составляет 50% от изначальной стоимости работы. Эстетические параметры не являются поводом для гарантийной замены.

Гарантия на проведенную работу сохраняется в случае обязательного соблюдения диспансерных осмотров (раз в полгода) и проведения профессиональной гигиены полости рта в клинике «БодиКола»

Подписи:

Пациент _____

Доктор _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА ГИГИЕНУ ПОЛОСТИ РТА.

Я, ___ добровольно обращаюсь за медицинской помощью в ООО "Настроение к врачу ___", я проинформирован(а) о предстоящем проведении медицинского вмешательства и согласен(а), а именно о нижеследующем: на проведение профессиональной гигиены полости рта.

Я проинформирован(а), что профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью лечения заболевания пародонта и профилактики кариеса всех форм.

Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях и методах профессиональной гигиены, включая ожидаемые результаты и риски. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о профессиональной гигиене полости рта.

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Я проинформирован(а), что последствиями отказа от процедуры могут быть: развитие и обострение имеющихся заболеваний пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений и связанная с этим потеря зубов.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства: дискомфорт, повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям; боль; отек (припухлость) десны и мягких тканей, гематома, кровотечение, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или Air-flow высока вероятность выпадения пломб с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов, дефектных пломб, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

Я предупрежден(а), что при неисполнении рекомендации врача, не явки или несвоевременной явки на запланированный прием или контрольного осмотра, несоблюдения рекомендованного плана лечения, этапов и сроков лечения, несообщения, или недостоверного сообщения сведений о состоянии своего здоровья при возникновении аллергических реакций (на лекарственные препараты или стоматологические материалы), о возможности возникновения которых Клиника не была предупреждена. При отказе Пациента от медицинского вмешательства, диагностического обследования и (или) профилактических мероприятий, при возникновении осложнений во время лечения в отношении зубов, ранее подвергшихся лечению в другом лечебном учреждении, при устранении недостатков оказанной услуги в другой медицинской организации без согласования с Клиникой и (или) вмешательство в процесс лечения третьих лиц (сторонней медицинской клиники) освобождает лечащего врача и медицинскую организацию от ответственности за наступившие неблагоприятные последствия недостатка оказанных стоматологических услуг.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планированного лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернатива отказ от профессиональной гигиены полости рта.

Я подтверждаю достоверность предоставленной врачу информации, обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и состоянии моего здоровья, даю согласие на обработку моих персональных данных.

Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что последний является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на профессиональную гигиену полости рта мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я даю согласие на профессиональную гигиену полости рта на предложенных мне условиях.

подпись _____

подпись _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ КАРИЕСА

Я _____ добровольно обращаюсь за медицинской помощью в ООО "Настроение к врачу".
Доктор поставил мне диагноз и указал на возможные варианты лечения данного зуба, в том числе либо лечение биологическим методом, когда происходит случайное вскрытие пульповой камеры, либо применение лечебных прокладочных материалов на основе фтора и кальция. Оба метода лечения являются сохраняющими жизнеспособность пульпы и являются вариантом без вмешательства в корневые каналы.

Доктор понятно объяснил мне, что зуб может давать болевую реакцию при накусывании в течение 7-10 дней после лечения, кратковременно реагировать на температурные раздражители. Также мне указали на возможность развития осложнённой формы кариеса, в частности пульпита, в силу особенностей иммунитета организма в целом.

Также мне было сообщено, что зубы с невысокими клиническими коронками являются заведомо ориентированы на глубокий кариес или пульпит, так как имеют высокий рог пульпы, который может обнаруживаться уже в пределах эмаляво-дентинной границы.

Я предупрежден(а), что при неисполнения рекомендации врача, не явки или несвоевременной явки на запланированный прием для продолжения лечения, или контрольного осмотра, несоблюдения рекомендованного плана лечения, этапов лечения и сроков лечения, несообщения, или недостоверного сообщения сведений о состоянии своего здоровья при возникновении аллергических реакций (на лекарственные препараты или стоматологические материалы), о возможности возникновения которых Клиника не была предупреждена.

Последствиями отказа Пациента от медицинского вмешательства, диагностического обследования и (или) профилактических мероприятий, может проявляться развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба.

При возникновении осложнений во время лечения в отношении зубов, ранее подвергшихся лечению в другом лечебном учреждении, при устранении недостатков оказанной услуги в другой медицинской организации без согласования с Клиникой и (или) вмешательство в процесс лечения третьих лиц (сторонней медицинской клиники) освобождает лечащего врача и медицинскую организацию от ответственности за наступившие неблагоприятные последствия недостатков оказанных стоматологических услуг.

Решения о проведении лечения кариеса принимает пациент или его законный представитель. Пациент (законный представитель) может отказаться от проведения лечения.

Мне понятен план, объем, и продолжительность рекомендуемого лечения, я проинформирован (а), что возможно изменение плана лечения, я согласен(а), что не во всех случаях можно предсказать точный результат планируемого лечения и возможно изменение плана лечения, в этом случае возникает необходимость изменения суммы на лечение.

Альтернативными методами лечения являются удаление пораженного зуба (зубов) и/или отсутствие лечение так такового.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планированного лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Мне были объяснены все возможные исходы лечения.

Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что последний является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на лечение мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я даю согласие на лечение кариеса _____ зуба(ов) на предложенных мне условиях.

подпись _____

подпись _____

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ НА ПРОВЕДЕНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Я, уполномочиваю врача – стоматолога провести ортопедическое лечение зубов или (и) зубных рядов челюстей. Настоящий документ содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я имел(а) возможность ознакомиться с предлагаемым лечением и мог(ла) отказаться от него, либо дать согласие на проведение лечения. Врач-стоматолог поставил мне следующий диагноз:

_____ и указал на необходимость проведения ортопедического лечения. Я ознакомлен с наиболее рациональным планом проведения подготовительных мероприятий перед началом протезирования и самого протезирования. Меня ознакомили с возможными альтернативными вариантами протезирования, которые, в моём случае будут иметь меньший клинический успех (длительность службы протеза; эстетические, гигиенические, функциональные качества протеза, профилактика заболеваний пародонта и дальнейшее разрушение жевательного органа). Последствиями отказа от протезирования могут быть: перелом зуба при отказе от покрытия зуба коронкой или накладкой после проведённого эндодонтического лечения, прогрессирование зубоальвеолярных деформаций, дальнейшее снижение эффективности жевания, ухудшение эстетики, нарушение функции речи, прогрессирование заболеваний пародонта, быстрая утрата зубовосстановительного прикуса, заболевание жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, а также общесоматические заболевания желудочно-кишечного тракта, нейропатология. Врач-стоматолог понятно объяснил мне необходимость строго следовать этапам протезирования, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность переделки протеза. Хотя предложенное протезирование поможет мне сохранить моё стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что протезирование является вмешательством в биологический организм и как любое медицинское вмешательство не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов протезирования, так как полное выздоровление означает биологическое восстановление целостности жевательного органа. Зубочелюстная система в течение всей жизни человека подвергается инволютивному развитию (как при наличии зубного протеза, так и без него, но в последнем случае гораздо быстрее), которое проявляется в ретракции десны, атрофии костной ткани челюсти, стираемости твёрдой ткани зубов. Поэтому через какое-то время, которое зависит от скорости протекания инволютивных процессов и, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает протекания инволютивных процессов и, которые у каждого человека строго индивидуальны, возникает необходимость коррекции, либо переделки протеза.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача-стоматолога и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговорённому с врачом-стоматологом и записанному в медицинской карте стоматологического больного).

Я осведомлён(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приёме анальгетиков и антибиотиков.

Я информировал(а) врача-стоматолога 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 нет стопроцентной гарантии совпадения ожидаемого мною результата и действительным результатом, так как представления пациентов о протезировании, как правило, не совпадают с реальной действительностью. Я полагаю, что это в моих интересах начать предложенное мне протезирование. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задавать все интересующие меня вопросы. Врач-стоматолог объяснил мне, что оказанные мне стоматологические услуги устанавливает гарантийный срок 1 год. Мне гарантируется устранение всех недостатков по выполненным работам, если они не вызваны чрезмерными физическими нагрузками, травмами, или являются следствием нарушения мною прямых указаний и рекомендаций врача. Условия гарантии не распространяются на работы с молочными зубами, на конструкции с использованием имплантатов, при заболеваниях пародонта средней и тяжёлой степени, при низком уровне резистентности зубов.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что последний является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия. На ортопедическое лечение согласен(на).

Пациент: ~~Иванов Иван Иванович~~

Паспортные данные :

Дата последнего визита:

подпись _____

~~Иванов Иван Иванович~~ подпись _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО
ПРОВЕДЕНИИ ПРЯМОЙ АДГЕЗИВНОЙ РЕСТАВРАЦИИ ЗУБА.**

Я, добровольно обращаюсь за медицинской помощью в ООО "Настроение" к врачу, я проинформирован(а) о предстоящем проведении прямой адгезивной реставрации зуба.

Настоящий документ содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я имел(а) возможность ознакомиться с предлагаемым лечением и мог(а) отказаться от него, либо дать согласие на проведение лечения.

Врач поставил мне следующий диагноз _____ и указал на необходимость проведения прямой адгезивной реставрации.

Прямая адгезивная реставрация - это стоматологическая методика, с помощью которой на зубы послойно наносят и фиксируют композиты полимерные реставрационные материалы или композиты, пока не будет достигнут эстетический результат. При необходимости для коррекции возможно удаление отдельных слоев или визуальное изменение контуров и положения зуба.

Альтернативными методами лечения являются:

1- пломбирование с применением обычных методик восстановления и различных групп пломбировочных материалов. Пломбы из цемента, пластмасс из-за своих физических свойств не столь долговечны, как композиты. Пломба из амальгамы может быть долговечными, как коронки, но из-за своего внешнего вида они не эстетичны. Поверх амальгамовых пломб прямая реставрация не выполняется. Виниры (керамические или композитные) представляют собой тонкие пластинки, которые после незначительной обработки зубов фиксируются цементом на переднюю поверхность. Эстетические свойства виниров сохраняются 5-10 лет.

2- восстановление эстетической и функциональной полноценности с применением ортопедических коронок.. Керамические коронки в среднем служат 5-7 лет, но для их установки требуется значительная обработка зубов.

Сколы или переломы могут произойти с любым стоматологическим материалом, но композиты больше подвержены переломам, чем, керамические коронки. Однако композиты легче восстановить путем нанесения дополнительного материала в месте перелома, тогда как коронки для достижения аналогичного результата могут потребовать полной замены.

3- отсутствие лечения как такового.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания развитие инфекционных осложнений: появление или усиление болевых ощущений; перелом зуба; потеря зуба. Врач понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время проведения реставрации:

1- если при наличии глубокого кариозного поражения реставрируемого зуба не произошло вскрытие пульповой камеры, то после проведения вмешательства возможно возникновение острых болевых ощущений в зубе. В данном случае потребуются проведение лечения корневого (ых) канала (ов).

2- при сохранении эмали во время обработки кариозной полости возможно растрескивание и откол последнего.

3- после проведения реставрации возможно возникновение краевого воспаления десны, что связано с использованием ретракционных нитей, коффердама или травмы десны во время обработки зуба при наличии поддесневых кариозных полостей

При проведении реставрации процент успеха снижается, если:

- зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса резорцин – формалиновым методом, что привело к окрашиванию твердых тканей в оттенки от слабо – розового до интенсивного синие – розового и/или имеется воспаление краевого пародонта в острой фазе с явлениями экссудации.

В данном случае целесообразно покрытие зуба искусственной коронкой.

Даже при успешном завершении реставрации нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному поражению на другой поверхности. При обширных реставрациях нельзя дать гарантии, что не произойдет перелома зуба или реставрации в будущем, что может потребовать замены композита или изготовления коронки.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля и проведении обширных реставраций при глубоком кариозном поражении, обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с доктором и записанному в медицинскую карту).

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственной организма, я согласен(а) с тем что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения.

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

Мне понятен план, объем, и продолжительность рекомендуемого лечения, я проинформирован (а), что возможно изменение плана лечения, я согласен(а), что не во всех случаях можно предсказать точный результат планируемого лечения и возможно изменение плана лечения, в этом случае возникает необходимость изменения суммы на лечение.

Я согласен(а) полностью оплатить все дополнительные расходы на лечение и диагностику.

Я подтверждаю достоверность предоставленной врачу информации, обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и состоянии моего здоровья и даю согласие на обработку моих персональных данных.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне прямой адгезивной реставрации зуба (ов) согласен (на).

подпись _____

подпись _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, добровольно обращаюсь за медицинской помощью в «ООО Настроение» к врачу

я проинформирован(а) о предстоящем проведении хирургического вмешательства:

(удаление зуба, вскрытие абсцесса, иссечение капюшона, удаление экзостоза, удаление инородного тела, хирургического вмешательства в области мягких тканей полости рта, введение дентального импланта).

Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(лась) с предлагаемым лечением и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать своё согласие.

Последствиями отказа от данного хирургического вмешательства могут быть: прогрессирование заболевания; появление либо нарастание болевых ощущений.

Я понимаю, что хирургическое вмешательство является сложной биологической процедурой, зависящей от индивидуальных анатомических, физиологических, иммунологических особенностей моего организма, от которых также могут зависеть и возможные общие и местные осложнения, а именно: обморок, коллапс, шок, типичная реакция на лекарственные препараты, перелом коронки или корня удаляемого зуба, проталкивания корня зуба в мягкие ткани, повреждение десны и мягких тканей полости рта, вывих нижней челюсти, перелом нижней челюсти, удаляемого зуба или корня, вывих соседнего зуба, отлом участка альвеолярного отростка, вскрытие дна верхнечелюстной пазухи, попадание корня в верхнее челюстную пазуху, неврит нижнего альвеолярного нерва, луночковое кровотечение, луночковые боли, воспалительные изменения: альвеолит, ограниченный остеомиелит альвеолы зуба, острые края альвеолы обнаженные участки альвеолы.

Я также понимаю, что полное выздоровление может занять некоторое время, и будет зависеть от выполнения мной рекомендаций врача. Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить в дни приема назначенного врачом и записанный в медицинскую карту

Я подтверждаю, что получил(а) объяснения в устной форме о необходимости хирургического вмешательства, включая ожидаемые результаты, риск, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и в данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне понятен план, объем, и продолжительность рекомендуемого лечения, я проинформирован (а), что возможно изменение плана лечения, я согласен(а), что не во всех случаях можно предсказать точный результат планируемого лечения и возможно изменение плана лечения, в этом случае возникает необходимость изменения суммы на лечение.

Я согласен(а) полностью оплатить все дополнительные расходы на лечение и диагностику.

Я подтверждаю достоверность предоставленной врачу информации, обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и состоянии моего здоровья, даю согласие на обработку моих персональных данных.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне хирургического вмешательства (хирургическое удаление) _____ зуба (ов), на предложенных мне условиях.

подпись _____

подпись _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ (КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ ЗУБА(ОВ))

Я, добровольно обращаюсь за медицинской помощью в ООО "Настроение
врачом

Я проинформирован(а) о предстоящем проведении эндодонтического вмешательства и согласен (а) с условиями его проведения, а именно о нижеследующем:
при лечении пульпита все применяющиеся в стоматологической практике методы направлены на сохранение пульпы — всей или только корневой или удаление ее (методы витальной и девитальной экстирпации). Цель лечебных мероприятий при воспалении пульпы — ликвидировать боль, предупредить распространение воспалительного процесса на ткани периодонта, восстановить анатомическую форму зуба и его функциональную ценность. При лечении апикальных периодонтитов необходимо купировать воспалительный процесс в околоверхнечелюстных тканях и не допустить его распространения, добиться восстановления костной ткани в очаге деструкции, обеспечить восстановление функции периодонта и исключить возможность инфекционно-токсического и аллергического воздействия на организм. Перечисленные требования выполнимы только при успешном эндодонтическом лечении апикального периодонтита. Если же эндодонтическое лечение не обеспечивает полного выздоровления, то применяют ампутацию корня, гемисекцию, резекцию верхушки корня, реплантацию или удаление зуба(ов).

Эндодонтическое лечение имеет своей целью раскрытие полостей корневой системы, их механическую и медикаментозную обработку для дезинфекции, а также постоянное пломбирование корневых каналов для обеспечения стабильного долговременного результата. Положительный результат эндодонтического лечения в виде исчезновения воспаления в области верхушки корня проявляется в период от 3-х до 12-ти и более месяцев. При постановки зуба на динамическое наблюдение, и других стоматологических манипуляций, необходимо приходить в назначенное время и соблюдать предписания и рекомендации врача.

Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания, даны разъяснения о целях и методах эндодонтического лечения, форме плана лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне понятен план, объем, и продолжительность рекомендуемого лечения, я проинформирован (а), что возможно изменение плана лечения, я согласен(а), что не во всех случаях можно предсказать точный результат планируемого лечения и возможно изменение плана лечения, в этом случае возникает необходимость изменения суммы на лечение.

Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Это обусловлено медицинской спецификой лечения, индивидуальными особенностями строения корневых каналов, состоянием иммунного статуса пациента.

Решения о проведении эндодонтического лечения принимает пациент или его законный представитель. Пациент (законный представитель) может отказаться от проведения лечения.

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование кисты; потеря зуба; а также системные проявления заболевания. Альтернативными методами лечения являются удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечение так такового.

При хроническом течении периапикальных изменений (корневые кисты), врач не может дать стопроцентной гарантии на полное выздоровление и полное восстановление костной ткани, в связи с особенностями организма.

Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Врач понятно объяснил мне все о возможных последствиях и осложнениях при проведении медицинского вмешательства во время лечения корневых каналов, а именно:

- имеется определенный процент неудач эндодонтического лечения, что может потребовать перелечивание корневых каналов в будущем, периапикальной хирургии и даже удаление зуба;
- ощущение дискомфорта, отечность десны или лица в области леченого зуба, которые могут сохраняться в течение нескольких дней;
- тризм (ограниченное открывание рта);
- невозможность прохождения канала зуба на всю длину по анатомическим и физиологическим причинам (выраженное искривление канала, кальцификация и облитерация просвета канала);
- перфорация стенки корня;
- переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями пациента, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба;
- при перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снизается, что связано с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;
- даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

В связи с особенностями организма стопроцентная гарантия на лечение корневых каналов не может быть предоставлена: в частности появление периапикальных изменений за верхушкой корня после проведенного качественного эндодонтического лечения в силу собственного иммунитета организма (частые простудные заболевания, ослабленный иммунитет, хронические заболевания, травмы, не соблюдение правил гигиены полости рта, необходимости рационального протезирования).

Последствиями отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, образование кисты, потеря зуба, а также системные проявления заболеваний. Альтернативными методами лечения являются удаление пораженного зуба (зубов), отсутствие лечение как такового.

При хроническом течении периапикальных изменений (корневые кисты), врач не может дать стопроцентной гарантии на полное выздоровление и полное восстановление костной ткани, в связи с особенностями организма.

Хотя эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Врач понятно объяснил мне все о возможных последствиях и осложнениях при проведении медицинского вмешательства во время лечения корневых каналов, а именно:

- имеется определенный процент неудач эндодонтического лечения, что может потребовать перелечивание корневых каналов в будущем, перепарикальной хирургии и даже удаление зуба.
- ощущение дискомфорта, отечность десны или лица в области леченого зуба, которые могут сохраняться в течение нескольких дней;
- тризм (ограниченное открывание рта);
- невозможность прохождения канала зуба на всю длину по анатомическим и физиологическим причинам (выраженное искривление канала, кальцификация и облитерация просвета канала);
- перфорация стенки корня;
- переломы инструментов во время лечения корневого канала, связанные с анатомическими особенностями пациента, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба.
- при перелечивании корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения значительно снижается что связано - с невозможностью удалить старую корневую пломбу, либо металлический штифт из корневого канала;
- даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

В связи с особенностями организма стопроцентная гарантия на лечение корневых каналов не может быть предоставлена; в частности появление перипарикальных изменений за верхушкой корня после проведенного качественного эндодонтического лечения в силу собственного иммунитета организма (частые простудные заболевания, ослабленный иммунитет, хронические заболевания, травмы, не соблюдение правил гигиены полости рта, необходимости рационального протезирования)

Врач также объяснил мне необходимость обязательного восстановления зуба после проведения эндодонтического лечения (коронка, вкладка); в противном случае последнее может потерпеть неудачу (что может стать причиной потери зуба, либо потребовать перелечивания каналов). Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества эндодонтического лечения, в будущем обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с врачом и занесенную в медицинскую карту).

Я предупрежден(а), что при неисполнении рекомендации врача, не явки или несвоевременной явки на запланированный прием для продолжения лечения, или контрольного осмотра, несоблюдения рекомендованного плана лечения, этапов лечения и сроков лечения, несообщения, или недостоверного сообщения сведений о состоянии своего здоровья при возникновении аллергических реакций (на лекарственные препараты или стоматологические материалы), о возможности возникновения которых Клиника не была предупреждена. При отказе Пациента от медицинского вмешательства, диагностического обследования и (или) профилактических мероприятий, при возникновении осложнений во время лечения в отношении зубов, ранее подвергшихся лечению в другом лечебном учреждении, при устранении недостатков оказанной услуги в другой медицинской организации без согласования с Клиникой и (или) вмешательство в процесс лечения третьих лиц (сторонней медицинской клиники) освобождает лечащего врача и медицинскую организацию от ответственности за наступившие неблагоприятные последствия недостатков оказанных стоматологических услуг.

При возникновении необходимости лечения корневых каналов зуба, покрытого одиночной коронкой, либо являющегося опорой несъемного протеза, то при создании доступа к корневым каналам данного зуба и его изоляции коффердамом может произойти повреждение ортопедической конструкции (например, перелом коронки), либо может возникнуть необходимость снятия всей ортопедической конструкции (при этом также возможна ее необратимое повреждение). Также при попытке снять ортопедическую конструкцию может произойти перелом самого зуба, что может привести к удалению.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планированного лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению.

Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я подтверждаю достоверность предоставленной врачу информации, обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и состоянии моего здоровья и даю согласие на обработку моих персональных данных.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что последний является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на эндодонтическое лечение мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я даю согласие на эндодонтическое лечение _____ зуба(ов) на предложенных мне условиях.

Подпись пациента: _____