

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ****на проведение лечения и реставрации зубов**

Я, \_\_\_\_\_ проинформирован врачом-стоматологом о том, что мне показано лечение зуба с возможным вмешательством в корневые каналы зуба. Доктор разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного лечения, а также альтернативные методы лечения и последствия, которые могут наступить при невыполнении полного объема лечения, либо отказе от него. Помимо этого, он проинформировал о возможных рисках, симптоматике и явлениях, которые могут возникнуть в ходе проведения лечения кариеса зуба, лечения или перелечивания корневых каналов зуба, или после него.

Меня предупредили о том, что в ходе лечения и реставрации зуба может вестись фото- или видеосъемка, а для контроля на этапах лечения и после него может потребоваться рентгенологическая диагностика.

**Я даю своё согласие на фото- или видеосъемку процесса лечения, а также на проведение рентгенодиагностики на этапах или после лечебных манипуляций:**

Со мной согласованы метод лечения и реставрации зуба, использование вспомогательных материалов (коффердам, Optragate, матрицы и т. д.), пломбировочных материалов и всех необходимых инструментов для выполнения качественного лечения (эндодонтического лечения) зуба. Я также уведомлен о том, что решение о сохранении зуба может быть принято только по результатам диагностического препарирования

**Я даю своё согласие на использование рекомендованных врачом-стоматологом материалов и инструментов для лечения зуба, а также на проведение необходимого в моём случае диагностического препарирования:**

Практически любое стоматологическое лечение требует местного обезболивания. Продолжительность, качество и безопасность местного обезболивания во многом зависят от состояния организма пациента. Под влиянием местного анестетика могут возникнуть следующие побочные явления: отек и онемение мягких тканей лица, появление «синяка» (гематомы) на коже, усиление сердцебиения, тремор (дрожь) конечностей, необъяснимое чувство тревоги и т. д. Данные явления не являются осложнением и проходят самостоятельно через некоторое время.

Я проинформирован о том, что болевые ощущения в процессе стоматологического лечения практически исключены, но чувствительность не исчезает полностью, поэтому я могу ощущать давление инструментов, неприятные звуки, запахи и привкус во рту. Необходимое обезвоживание эмали и дентина зуба на этапах лечения может изменить цвет зуба, вызвать несоответствие цвету пломб. При эндодонтическом лечении возможна рентгенологическая картина недопломбированного корневого канала, а также выведения пломбировочного материала за верхушку зуба, перелом эндодонтического инструмента:

**Я проинформирован об ощущениях, побочных эффектах и возможных рисках отдельных этапов стоматологического лечения:**

При лечении или перелечивании корневых каналов и реставрации зуба абсолютной гарантии успешного результата лечения нет. Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет хрупким и может изменить цвет, поэтому его нужно защитить от перелома вкладкой или коронкой. Установленная после лечения зуба пломба может потребовать одной или нескольких коррекций, для чего могут потребоваться дополнительные приёмы стоматолога.

Я понимаю, что должен соблюдать графики профилактических осмотров для того, чтобы врач-стоматолог мог оценить результаты лечения в динамике и при необходимости – внести коррективы в проводимое лечение.

**Я принимаю условия гарантии, обязуюсь соблюдать рекомендации врача и являться на профилактические осмотры по согласованному графику:**

**Со мной согласован финансовый план предстоящего стоматологического лечения, подлежащий оплате по завершению текущей лечебной манипуляции**

Данное информированное согласие является юридическим документом, является неотъемлемой частью моей медицинской карты и несет для меня правовые последствия. Я подтверждаю своё согласие на проведение мне стоматологического лечения

**Подпись пациента:**

**Дата:**