Информированное согласие на лечение кариеса

«___»_____20___ г.

Я, _____,

даю согласие на проведение лечения_____

Врач_____ поставил мне диагноз_____ зуба и указал на необходимость лечения, заключающееся в удалении пораженных тканей и замещении их пломбировочным материалом методом прямой реставрации. Поражение зуба, которое кажется небольшим на поверхности эмали, может оказаться значительным внутри. Это повлечет за собой большую площадь обработки зуба и, возможно, вскрытие полости зуба. В этом случае необходимо будет провести эндодонтическое лечение зуба (депульпирование), что приведет к увеличению стоимости лечения.

Я согласен(а) на применение местной анестезии. Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске инъекционной анестезии, включая вероятность осложнений, а именно: отечность мягких тканей, гематома в месте инъекции, аллергические реакции, сердцебиение.

Я предупрежден (а) о возможных осложнениях после лечения зуба:

-отколе фрагмента реставрации

-чувствительности на холод или сильную механическую нагрузку в течение нескольких суток и более. -появлении боли на температурные раздражители, ночные боли, что потребует лечение корневых каналов с дополнительной оплатой лечения

-обострение герпетической инфекции.

Мне ясна важность выполнения всех рекомендаций врача по профессиональной гигиене полости рта и кратности профилактических осмотров 1 раз в _____месяцев. Я даю согласие на проведение мне рентгенологического обследования во время лечения. Я имел(а) возможность задать доктору все интересующие меня вопросы и получил удовлетворяющие меня ответы на них и на основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение и даю добровольное информированное согласие на проведение данного лечения.

Подпись врача _____ Подпись пациента_____

_____