

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «**Закон 323-ФЗ**»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО: ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОРНЕВЫХ
КАНАЛОВ ЗУБОВ (ПЕРЕЛЕЧИВАНИЕ, ПЕРИОДОНТИТ)**

Я, _____
(Ф.И.О. взрослого пациента)

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан.

Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____, являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

_____ (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в ООО «Кораллдент» (ОГРН 1183025003776), далее именуемое – «Исполнитель» и даю информированное добровольное согласие на следующее медицинское вмешательство: **эндоodontическое лечение корневых каналов зубов.**

Я получил(а) от врача _____ всю интересующую меня информацию о предполагаемом медицинском вмешательстве.

Мне разъяснено врачом и понятно следующее:

Я, обращаюсь в стоматологическую клинику ООО «Кораллдент» для лечения заболевания: периодонтит хронический, перелечивание.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, об альтернативных методах лечения и о всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, в т. ч.:

- в некоторых случаях становится невозможным удаление старой корневой пломбы и инородного тела при перелечивании корневого канала, и особенно при прохождении корневого канала на всю рабочую длину в корнях зубов, леченных ранее резорцин – формалиновым методом;
- при лечении искривленных корневых каналов, а также в условиях их сильной кальцификации и при перелечивании (т. е. удаление старых корневых пломб) возможна поломка инструмента, перфорация и перелом корня;
- при лечении перфорации возможно появление симптомов подкожной эмфиземы, а при промывании корневых каналов антисептическим раствором – появление отёка мягких тканей в области причинного зуба;
- при эндоodontическом вмешательстве возможно обострение хронического процесса и проявление болевых ощущений в зубе при прикусывании и жевании, а также сглаженности переходной складки в области причинного зуба;
- при эндоodontическом лечении зуба, находящегося под протезом, возможно повреждение протеза и возникновение необходимости снятия всей ортопедической конструкции.

Вышеуказанные осложнения могут стать причиной неудачи эндоodontического лечения и повлечь за собой применение методов периапикальной хирургии, физиотерапии и даже привести к удалению зуба и замене конструкции зубного протеза.

Даже при успешном завершении эндоodontического лечения нельзя дать гарантии, что этот зуб в дальнейшем не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я понимаю необходимость рентгенологического контроля во время лечения, а также необходимость обязательного восстановления зуба после эндоodontического лечения.

Понимая сложность лечения, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры два раза в год и следить за гигиеной полости рта. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я получил полную информацию о гарантийных сроках, действующих в клинике ООО «Кораллдент» и ознакомлен(а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Я доверяю врачу – стоматологу клиники ООО «Кораллдент», согласен(на) с предварительным планом лечения и понял(а) его.

Я ознакомился(ась) с настоящим согласием на медицинское вмешательство и понимаю, что несоблюдение вышеизложенных условий влечет для меня правовые последствия.

Пациент/Законный представитель: _____/_____

Врач: _____/_____

Дата: {ДатаПолная}