

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА РОЗКРИТТЯ ХІРУРГІЧНОГО ДОСТУПУ ДО РЕТИНОВАНОГО ЗУБА

Я, _____,

уповноважую лікаря-стоматолога провести дану маніпуляцію мені / моїй дитині

ПІБ дитини (за потреби) _____

Лікар обґрунтував необхідність створення хірургічного доступу до ретинованого _____ зуба, оскільки неможливо його позиціонування в зубному ряду через атипове анатомічне розташування.

Я повідомлений(-а), що у зв'язку з наявністю високого ступеня ризику виникнення ускладнень у результаті проведеного лікування встановлення гарантійних термінів на даний вид робіт неможливе. Адже апарат знаходиться в роті пацієнта та несе жувальне навантаження, тому вся фінансова відповідальність за поломку апарату чи елементів ортодонтичної апаратури лежить на пацієнті.

Оскільки ретинований зуб знаходиться в складній анатомічній ретенції, успіх даного лікування може не статися. Зуб може бути анкілозованим, і лише в динаміці лікування можна встановити, чи це так. У такому випадку буде запропонований альтернативний план із видаленням ретинованого зуба та подальшим ортодонтичним лікуванням.

Для створення потрібних умов позиціонування ретинованого зуба в зубному ряду може бути використана кісткова опора у вигляді мікроімпланта. Про це повідомить лікар за потреби його використання.

Я розумію, що це лікування є втручанням у біологічний організм, у якому всі процеси протікають індивідуально, тому зобов'язуюся слідувати усім рекомендаціям лікаря задля уникнення небажаних наслідків.

Я розумію необхідність регулярних оглядів у лікаря для продовження ортодонтичного лікування. При неможливості явки на запланований візит я зобов'язуюсь повідомити про це за номером +38 (098) 211-70-40 заздалегідь, але не пізніше ніж за 24 години до запланованого візиту. В іншому випадку на мене може бути покладена компенсація заброньованого часу згідно з Правилами внутрішнього розпорядку клініки (крім випадків пропуску з поважної причини за наявності довідки від лікаря, форс-мажорних обставин).

Я розумію значення гігієни порожнини рота при ортодонтичному лікуванні й зобов'язуюся виконувати всі призначення. Планова професійна гігієна має відбуватися кожні 3 місяці.

Я поінформував(-ла) лікаря про всі випадки алергії та непереносимості медикаментозних препаратів у минулому і про ліки, які приймаю на даний час.

Я мав(-ла) можливість задати всі питання, що цікавлять мене, і одержав(-ла) вичерпні відповіді на них. Цей документ є невід'ємною частиною медичної карти пацієнта і зберігається в картці пацієнта.

Своїм власним підписом я даю згоду на фото-, відеодокументацію зубів та обличчя для детальної діагностики, складання плану лікування та дозволяю використовувати мої фото та відео для навчальних цілей та інформування населення про важливість своєчасного лікування зубів у мережі інтернет.

Підпис пацієнта (батьків / опікуна) _____ Дата _____

Підпис пацієнта, старшого 14 років _____