

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ТЕРАПЕВТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ

Я, _____,

проінформований(-а) лікарем про необхідність терапевтичного лікування зубів мені / моїй дитині

ПІБ дитини (за потреби) _____

Наслідками відмови від даного лікування можуть бути:

- прогресування захворювання;
- подальше руйнування зубів;
- розвиток ускладнень (пульпіт, періодонтит);
- поява або наростання болю;
- естетичний дефект.

Лікар пояснив мені необхідність дотримання всіх його призначень та рекомендацій. Запропоноване лікування допоможе мені зберегти зуб і відновити його функцію та естетику.

Розуміючи суть запропонованого лікування й унікальність власного організму, я згоден(-на) з тим, що ніхто не може передбачити точний результат запланованого лікування.

Я проінформований(-а) про можливі ускладнення під час та після реставрації зуба, якими можуть бути:

- запалення ясен у ділянці лікованого зуба внаслідок накладання кламера (коффердаму);
- тимчасовий дискомфорт або дисколорит зуба;
- тимчасовий біль у місці вколу анестезії;
- набряк чи синець після проведеної анестезії;
- травма губи, щоки чи язика внаслідок їх прикушування пацієнтом до моменту закінчення дії анестезії;
- тимчасова чутливість зуба;
- тимчасовий біль у скронево-нижньощелепному суглобі внаслідок тривало відкритого рота під час лікування.

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

УМОВИ ГАРАНТІЙНИХ ЗОБОВ'ЯЗАНЬ

- Гарантійний термін на проведену терапевтичну реставраційну роботу складає 2 роки (за умови повної санації ротової порожнини та відсутності нелікованих зубів і вогнищ інфекції).
- Обов'язкове виконання всіх рекомендацій лікаря задля уникнення перевантаження зубів.
- Для збереження гарантії на терапевтичну стоматологію пацієнт зобов'язаний проходити професійну гігієну ротової порожнини в стоматології «Посмішка» кожні 6 місяців та дотримуватися всіх рекомендацій лікаря. Це забезпечує контроль проведеної роботи та вчасне виявлення нових каріозних порожнин на початковому етапі.

НЕГАРАНТІЙНІ ВИПАДКИ

- травма;
- оклюзійне перевантаження;
- шкідливі звички (відкривати пляшки зубами, лускати насіння, гризти нігті, олівці тощо);
- бруксизм;
- у випадку, якщо пацієнту в конкретній клінічній ситуації показаний інший вид стоматологічного лікування (ортопедія, ортодонтія, хірургія), але пацієнт відмовився від нього, а терапевтичне лікування є

альтернативним, — гарантійні зобов'язання не надаються.

Мені були пояснені всі можливі наслідки лікування, а також альтернативні методи лікування. Я також мав(-ла) можливість поставити всі запитання, які мене цікавили, і одержав(-ла) вичерпні відповіді на них.

Я уважно ознайомився(-лася) з даним документом і розумію, що він має юридичну силу і несе правові наслідки. Даний документ є додатком і невід'ємною частиною медичної карти пацієнта.

Своїм власним підписом я даю згоду на фото-, відеодокументацію зубів та обличчя для детальної діагностики, складання плану лікування та для використання у соціальних мережах клініки з метою інформаційного висвітлення важливості своєчасного лікування зубів.

Підпис пацієнта (опікуна)_____Дата_____

Підпис пацієнта, старшого 14 років_____