

Соглашение на депульпацию зуба

Стоматологический кабинет ООО «Ваш стоматолог»

Мне _____

Врач _____

Сообщил, что мне показано лечение корневых каналов зуба _____.

Врач объяснил мне метод и способ выполнения предложенного лечения, преимущество лечения перед удалением зуба и последствия, которые могут наступить при невыполнении лечения, включая ниже перечисленные и другие возможные осложнения:

1. Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего доктор назначит препараты, если сочтет это нужным.
2. Отечность десны в области леченого зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней.
3. Тризм (ограниченное открывание рта), который обычно длится несколько дней.
4. Переломы инструментов во время лечения корневого канала, которые (по усмотрению врача) могут быть оставлены в леченом канале или может потребоваться их хирургическое удаление.
5. Перфорация корневого канала инструментами. Что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению.
6. Преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания пародонта. Я понимаю, что после лечения корневых каналов мой зуб будет более хрупким и возможно его нужно будет защитить от перелома путем установления коронки (вкладки).
7. Частота неудач составляет 5-10%. (при неудаче может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки или удаление зуба).

Я понимаю, что через _____ месяцев Я должен прийти на повторный осмотр для того, чтобы врач мог оценить результаты лечения корневых каналов.

На все мои вопросы врач ответил, и я полностью понимаю все, о чем сказано выше.

Врач _____

Пациент _____

Я, _____, согласен на условное лечение корневых каналов, чтобы, возможно, сохранить _____ зуб от удаления на неопределенное время.

Я понимаю, что зуб _____ подлежит удалению и предложенное лечение может оказаться неэффективным.

На все мои вопросы врач ответил, и я полностью понимаю все, о чем сказано выше.

Врач _____

Пациент _____

«Исполнитель» - Стоматологический кабинет ООО «Ваш стоматолог»

«Пациент» _____

Предполагаемое лечение _____

1. _____

Диагноз _____

2. Лечение _____

1. Я, _____

ознакомлен(а) и согласен(а) с планом предложенного стоматологического лечения.

2. Я осведомлен(а) об ожидаемых финансовых расходах. Оплата за планируемое лечение и возникшие в процессе стоматологического лечения непредвиденные дополнительные финансовые расходы будут оплачены мною.
3. Мне известно, что в течение процесса лечения может возникнуть необходимость дополнительных методов исследования, результаты которых могут изменить ранее составленный план стоматологического лечения.
4. Мне известно, что в случае изменения моих личных планов при незаконченной работе, мною возмещается стоимость всех осуществленных к этому моменту этапов стоматологического лечения.
5. Мне известно, что в случае изменения плана стоматологического лечения по моему желанию после окончания и сдачи работы, стоматологическое лечение по новому плану оплачивается согласно составлению нового соглашения и после полной оплаты мною стоимости предыдущего стоматологического лечения.
6. Мне известно, что в случае изменения плана стоматологического лечения по медицинским показаниям, составляется новый план лечения, в котором оговариваются все возникшие изменения.
7. Мне полностью понятен метод стоматологического лечения. Дополнительные мои вопросы полностью оговорены и ответы на них меня полностью удовлетворяют.
8. Мне известно, что до начала стоматологического лечения я могу отменить данное мною согласие на проведение стоматологических услуг.
9. Я подтверждаю, что назвал(а) все известные у меня заболевания и недуги, которые могут заинтересовать врача и повлиять на течение и результаты ортопедического лечения.
10. Особо отмечаю отсутствие (наличие) у меня болезней крови и сахарного диабета (нужное подчеркнуть).
11. Я понимаю, что для успеха стоматологического лечения необходимо строго и тщательно выполнять все назначения врача, соблюдать гигиену полости рта, регулярно являться на контрольные и профилактические осмотры во взаимно согласованное время.
12. Я информирован(а) о способах и методах гигиены после стоматологического лечения, а также о возможных осложнениях при их несоблюдении.
13. Я подтверждаю свое согласие на своевременную явку на профилактические осмотры каждые 6 месяцев.
14. О требуемом проведении после стоматологического лечения я осведомлен(а), в особенности о том, что _____
15. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги «Пациент» должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью «Пациента». Эти осложнения предполагают, но не ограничивают следующим:
 - 15.1. Из-за употребления продуктов, содержащих пигмент (чай, кофе, никотин, свекла, морковь и т. д.), и наличия зубных отложений может произойти изменение цвета.
 16. Мне известно, о необходимости соблюдать все рекомендации и назначения врача с целью сохранения гарантии на стоматологическое лечение.

17. Я признаю, что ненаступление желаемого результата не следует рассматривать как вред и «Исполнитель» оказал медицинскую услугу как меру реализованной возможности в данных обстоятельствах.

Я подтверждаю, что у меня была полная возможность прочитать вышеизложенное, и мне полностью понятен каждый пункт этого документа.

Я добровольно и осознанно даю свое согласие на проведение стоматологического лечения на вышеназванных условиях.

Дата _____

Пациент _____