

**Информированное добровольное согласие пациента
на лечение заболеваний пародонта в ООО "АФИНА"**

1. Мне, _____, доктор, _____, сообщил, что показано комплексное лечение, включающее санацию, лечение заболеваний пародонта, ортодонтическое и ортопедическое лечение у врача интерниста и т.д. по поводу сопутствующих заболеваний (ФТЛ и т.п.).

2. Мне разъяснили и мне понятно, что при лечении заболеваний пародонта возможны:

- потеря зубов в следствие прогрессирования процесса;
- периодические обострения заболевания, требующие дополнительного профилактического лечения;
- возникновение неотложных состояний в процессе лечения (особенно хитургического), связанные с применением лекарственных средств, анестезии (обморок, коллапс, шок);
- ощущение дискомфорта, болезненности, возникновение реактивного отёка, воспаления после оперативного периода, ретракция десны (оголение корней зубов), повышенной чувствительности шеек зубов.

3. Я понимаю, что приём лекарственных средств без назначения лечащего врача, а также алкоголь, наркотические средства, курение могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления, уменьшить вероятность успеха лечения.

4. Я обязан ознакомить лечащего врача со своими сопутствующими заболеваниями, перечислить медикаменты, которые принимаю.

5. Я даю согласие на рентгенологическое обследование до, во время и после лечения.

6. Я согласен на проведение метода местной анестезии, выбранного совместно с лечащим врачом.

7. Я обещаю в послеоперационный период, оговоренный врачом, не управлять транспортным средством, соблюдать послеоперационный режим (щадящая диета, гигиена полости рта, приём лекарственных средств).

8. Я понимаю, что результат лечения мне не гарантирован, но так же я понимаю, что мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, качественное проведение всех медицинских манипуляций, применение качественных материалов.

9. Я осознаю, что преимущества предлагаемого лечения значительно перевешивают возможные осложнения, поэтому я добровольно даю согласие на проведение лечения.

10. Я получил исчерпывающую информацию предлагаемому лечению и согласен с ним.

Дата _____

Подпись пациента _____

Подпись врача _____