

**Добровольное информационное согласие
на оказание стоматологической помощи**

Мне, _____
в доступной для меня форме предоставлена и разъяснена информация по оказанию стоматологической помощи. Я предупрежден(а) о возможности осложнений в связи с проводимыми манипуляциями вследствие наличия у меня заболеваний полости рта или челюстно-лицевой области, наличием сопутствующих заболеваний, а также в связи с индивидуальными особенностями организма:

- гематома, парез, контрактура жевательной мускулатуры, парестезия (онемение) после проведенной инъекции;
- постпломбировочные боли при накусывании;
- возможное попадание пломбировочного материала за верхушечное отверстие при эндодонтическом лечении зуба;
- отлом эндодонтического инструмента в корневых каналах;
- появление околокорневых изменений после пломбировки корневых каналов с плохой проходимостью;
- откол коронковой части зуба при наличии значительного разрушения твердых тканей;
- травма слизистой или мягких тканей полости рта при произвольных движениях пациента.

Я предупрежден(а), что в ходе лечения может возникнуть необходимость послабляющего разреза после эндодонтического лечения зуба; возможно его удаление, если лечение не дало положительного результата.

Для проведения качественного стоматологического лечения я соглашаюсь на рентгенологическое обследование.

Я проинформирован(а) о необходимости выполнения врачебных рекомендаций по уходу за полостью рта после проведенных манипуляций. При несоблюдении рекомендаций врача и при употреблении в первые сутки пищи, содержащей красящие вещества, возможно изменение цвета пломбы. Я также информирован(а) о том, что в соответствии с п. 1 ст. 27 ФЗ №323 от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

Мною получены исчерпывающие ответы на вопросы о предстоящем лечении.

Личной подписью даю согласие на осмотр и оказание стоматологической помощи врачам ООО «Технип» в объеме, определенном лечащим врачом.

Я даю согласие на обработку моих персональных данных.

Дата _____

Пациент _____
(подпись)