

**Общество с ограниченной ответственностью «Стом-Дарт-Плюс»  
(ООО «Стом-Дарт-Плюс»)  
Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство  
на ЭНДОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, в соответствии с требованиями Закона от «21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие на проведение стоматологического вмешательства

\_\_\_\_\_ (указать вид вмешательства, номер зуба)  
осуществляемого врачом \_\_\_\_\_ клиники ООО «Стом-Дарт-Плюс».

**Я проинформирован (а)** в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания и настоящим подтверждаю, что получил (а) детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения, план которого изложен в медицинской карте. Мне составлена полная письменная смета на лечение, которая мне разъяснена и понятна.

Лечащий врач-стоматолог в доступной форме разъяснил мне метод лечения и возможные осложнения, которые могут произойти во время эндодонтического лечения и после него, а именно:

- Невозможность прохождения канала на всю длину по анатомическим и физиологическим причинам (выраженное искривление канала, кальцификация и облитерация просвета канала);
- Перфорация стенки корневого канала, возникшая при распломбировке ранее леченного канала зуба или патологически измененного канала, что может потребовать дополнительной хирургической коррекции или привести к преждевременной утрате зуба или удалению;
- Полном инструмента внутри корневого канала, связанные с анатомическими особенностями зубов пациента, и невозможность его извлечения, при этом может потребоваться их хирургическое удаление.
- Невозможность полностью распломбировать корневой канал зуба при перелечивании, удалить инородное тело ( анкерный штифт, стекловолоконный штифт, ранее сломанный инструмент)
- Отечность десны в области леченного зуба или лица после лечения, которые могут сохраняться в течение нескольких дней;
- В случае не достижения положительного результата, вследствие прогрессирования инфекционного процесса (очага) может потребоваться повторное лечение, хирургическое вмешательство в области верхушки корня или удаление зуба;
- Преждевременная утрата зуба вследствие прогрессирующего заболевания тканей пародонта

Мне **были объяснены** все возможные исходы лечения, а также **альтернативные методы лечения**: удаление пораженного зуба (зубов) или отсутствие лечения вообще.

**Я осведомлен (а)** о возможных осложнениях во время анестезии или после ее проведения.

**Я проинформировал (а)** лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

**Я проинформирован (а)**, что в случае изменения плана лечения, возникает необходимость изменения сметы на лечение. Я согласен (а) полностью оплатить все дополнительные расходы на лечение и диагностику.

**Я понимаю**, что после лечения корневых каналов зуб будет более хрупким и, по усмотрению лечащего врача-стоматолога, его нужно будет защитить от перелома путем установления ортопедической конструкции (коронки, вкладки).

**Я предупрежден(а)** о том, что при лечении каналов результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, использованием им качественных материалов и инструментов и соблюдение стандартов ( алгоритмов) лечения данного заболевания.

**Я внимательно ознакомился** с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и несет для меня правовые последствия.

**Я имел (а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы** и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне эндодонтического лечения. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

**Я предупрежден(а)**, что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает стоматологическую клинику ООО «Стом-Дарт-Плюс» от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

С информированным согласием ознакомлен (а) и согласен (а).

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.