

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
на лечение заболеваний пародонта**

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона № 323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента полностью)

врач \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество врача)

сообщил, что показано комплексное лечение, включающее санацию, лечение заболеваний пародонта, ортодонтическое и ортопедическое лечение, лечение у соответствующих врачей-специалистов и т. д. по поводу сопутствующих заболеваний (физиотерапевтическое лечение и т. п.).

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

- потеря зубов вследствие прогрессирования процесса;
- периодические обострения заболевания, требующие дополнительного профилактического лечения;
- возникновение неотложных состояний в процессе лечения (особенно хирургического), связанных с применением лекарственных средств, анестезии (обморок, коллапс, шок);
- ощущение дискомфорта, болезненности, возникновение реактивного отека, воспаления послеоперационного периода, ретракции десны (оголение шеек корней зубов), повышенной чувствительности шеек зубов.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
на лечение заболеваний пародонта**

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона № 323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Мне, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента полностью)

врач \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество врача)

сообщил, что показано комплексное лечение, включающее санацию, лечение заболеваний пародонта, ортодонтическое и ортопедическое лечение, лечение у соответствующих врачей-специалистов и т. д. по поводу сопутствующих заболеваний (физиотерапевтическое лечение и т. п.).

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

- потеря зубов вследствие прогрессирования процесса;
- периодические обострения заболевания, требующие дополнительного профилактического лечения;
- возникновение неотложных состояний в процессе лечения (особенно хирургического), связанных с применением лекарственных средств, анестезии (обморок, коллапс, шок);
- ощущение дискомфорта, болезненности, возникновение реактивного отека, воспаления послеоперационного периода, ретракции десны (оголение шеек корней зубов), повышенной чувствительности шеек зубов.



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

Я обязан(а) ознакомить лечащего врача со своими сопутствующими заболеваниями, перечислить медикаменты, которые принимаю.

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

Я согласен(а) на проведение метода местной анестезии, выбранного совместно с лечащим врачом.

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

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

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

Я получил(а) исчерпывающую информацию по предполагаемому лечению.

Я подтверждаю согласие на проведение лечения заболеваний пародонта.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка подписи)

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка подписи)

2021 г. ИПК «Газпресс». З. 25. Т. 1000.

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

Я обязан(а) ознакомить лечащего врача со своими сопутствующими заболеваниями, перечислить медикаменты, которые принимаю.

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

Я согласен(а) на проведение метода местной анестезии, выбранного совместно с лечащим врачом.

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

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

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

Я получил(а) исчерпывающую информацию по предполагаемому лечению.

Я подтверждаю согласие на проведение лечения заболеваний пародонта.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка подписи)

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка подписи)

2021 г. ИПК «Газпресс». З. 25. Т. 1000.