

# Информированное согласие пациента на детское лечение

ООО «БАГЗИ»

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_, доверяю специалистам стоматологической клиники «ИНТЕРДЕНТ» выполнять моему ребёнку (или законному подопечному) процедуры лечения зубов или операций в полости рта, включая использование любой необходимой или рекомендуемой местной анестезии, рентгенограммы или диагностических средств.

При этом соглашаюсь со следующим:

1. Я понимаю, что в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, возможны негативные последствия, как-то: прогрессирование воспалительного процесса; перехода воспаления на зачаток постоянного зуба; потеря зуба; появление/нарастание болевых ощущений; нарушения общего состояния организма; ускоренное развитие осложнений, обусловленное особенностями кровоснабжения челюстно-лицевой области у детей.
2. Я осознаю, что любые медицинские процедуры и манипуляции имеют фактор риска. Обо всех рисках и негативных явлениях, а также о вероятности наступления осложнений меня проинформируют заранее на консультации и/или во время приёма. Я осознаю, что при проведении медицинских процедур моему ребёнку, должен присутствовать родитель или взрослый представитель.
3. Я понимаю и даю своё согласие на изменение плана лечения в процессе прохождения лечения, если это будет сделано по медицинским показаниям и для блага моего ребёнка. Я понимаю, что лечение зуба – сложная биологическая процедура, результат которой не является однозначным и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. В процессе лечения любого зуба может возникнуть необходимость эндодонтического лечения (манипуляции, направленные на лечение глубокого кариеса, затронувшего нервы зубов), что усложняет ситуацию и увеличивает сроки и стоимость лечения. Даже при успешном завершении эндодонтического лечения нельзя гарантировать, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.
4. Я понимаю необходимость рентгеновской диагностики и контроля качества лечения. В будущем обязуюсь приводить моего ребёнка на контрольные осмотры (по графику, обговоренному с врачом и записанному в истории болезни).
5. Я понимаю, что в некоторых ситуациях может возникнуть необходимость подключить к лечению ребёнка других специалистов.
6. Я понимаю, что в отдельных случаях может потребоваться ортодонтическое лечение (профилактика аномалий прикуса) и, в случае отказа от такого лечения, возможны осложнения со стороны полости рта и ВНЧ-суставов. Я понимаю, что применение аппаратов для профилактики нарушений прикуса минимизирует риски таких осложнений, но не гарантирует полной нормализации прикуса.
7. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятности возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма и даже в том случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований. Я осознаю, что для получения лучших результатов мой ребёнок должен исполнять все назначения, рекомендации и советы специалистов клиники «Интердент».
8. Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества, которые предложат мне из всех возможных видов медицинских услуг и даю согласие на их применение моему ребёнку.

Пациент \_\_\_\_\_ /Подпись родителя(представителя) \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_