Информированное добровольное согласие
на выполнение стоматологического медицинского вмешательства

1. Цель посещения: проф. осмотр, острая боль, полная санация рта, частичная санация рта.
2. Имеется ли у Вас (Вашего ребенка) кардиостимулятор (да, нет).
3. Данные общего состояния:
   - находитесь ли Вы (Ваш ребенок) сейчас под наблюдением врача (да, нет).
4. Обведите заболевание, которое у Вас (Вашего ребенка) имеется или было ранее:
   – СПИД, повышенное, пониженное АД, гайморит, травмы головы/шеи, аллергия, диабет, анемия, герпес, заболевание сердца, инфекционный гепатит, астма.
5. Было ли у Вас (Вашего ребенка) когда-либо продолжительное кровотечение после хирургического вмешательства (да/нет)
6. Было ли у Вас (Вашего ребенка) когда-либо продолжительное кровотечение после хирургического вмешательства (да/нет)
7. Если ли какая-либо другая информация, которая должна быть известна о Вашем (Вашего ребенка) здоровье
   _____
8. Предыдущее посещение стоматолога _____
9. Возможные (но не обязательные) осложнения, связанные со стоматологической услугой, как в процессе лечения, так и после лечения:
   – анестезия (аллергия, гематома, затрудненное открывание рта, парестезия и др.)
   – удаление зуба (кровотечение, воспаление лунки, травма угла рта, отек и др.)
   – кариес (повышенная чувствительность, пульпит и др.)
   – пульпит (боль после пломбирования каналов, отлом стенок зуба из-за хрупкости и др.)
   – периодонтит (боль после пломбирования каналов, отек, периостит, удаление зуба, резекция верхушки корня и др.)
   – в процессе ортодонтического или ортопедического лечения (аллергическая реакция, воспалительная реакция слизистой десны, необходимость коррекции ортодонтического или ортопедического аппарата по назначению врача).
10. Рекомендации пациенту по окончании лечения:
    – правильная чистка зубов и ортодонтических и ортопедических аппаратов
    – обязательная явка на осмотр к врачу по его назначению в указанные сроки

Информированное согласие мною прочитано. Полученная информация о характере оказываемой услуги, возможных нежелательных результатах, осложнениях и их причинах мне понятна и достаточная для принятого лечения.

Пациент: _____ / _____ /
(подпись)

Врач: _____ / _____ /
(подпись) *(Ф.И.О. врача)*

_____