

Інформована згода на видалення зуба

Я, фізична особа, яка беззастережно прийняла (акцептувала) умови, викладені в цьому договорі, цим підтверджую факт надання усвідомленої згоди на видалення зуба:

У мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації та намірів лікуючого лікаря.

Я підтверджую, що до початку лікування мені у повністю зрозумілому та доступному вигляді була надана інформація стосовно стану здоров'я моїх (моєї дитини) зубів та ротової порожнини, поставленого діагнозу, можливого прогнозу, найбільш ефективних методів лікування, а також ризиків і ускладнень запланованих медичних втручань.

Я повністю зрозумів (ла) мету та характер медичних втручань, їх лікувальний ефект. Я мав (ла) можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні, зрозумілі для мене відповіді.

Лікар пояснив мені суть лікування та я усвідомив наступне:

Наслідками відмови від лікування можуть бути:

- прогресування захворювання ;
- розвиток інфекційних ускладнень;
- поява і наростання больових відчуттів;
- системні прояви захворювань зубів і порожнини рота

Альтернативних методів лікування немає.

Основні ускладнення оперативного лікування обумовлені, в першу чергу, анатомо-фізіологічними особливостями організму. Ускладнення оперативного лікування також можуть бути обумовлені наявністю вже наявного хронічного або гострого патологічного процесу щелепно-лицевої ділянки (остеомієліт, кісти та ін.). Хірургічне лікування (видалення зуба) в області верхньої щелепи проводиться при безпосередній близькості до верхньощелепної (гайморової) пазухи. При перфорації дна пазухи носа можливо запальне ускладнення в цій області. При хірургічних втручаннях в області нижньої щелепи, при безпосередній близькості зони втручання до нижньощелепного каналу можливе оніміння язика, губ, підборіддя, тканин нижньої щелепи.

Інші можливі ускладнення:

- гематома після ін'єкції анестетика; алергічні реакції на розчин анестетика;
- травматичний набряк, поява больових відчуттів, підшкірні кровотечі;
- тимчасове утруднення при відкриванні рота;
- розвиток інфекційних ускладнень - альвеоліта, а також загострення системних захворювань організму;
- перелом зуба, зісковзування накладених щипців з зуба, потрапляння осколка кореня зуба в гайморову пазуху, перфорація гайморової пазухи, відкол частини кортикальної пластинки альвеолярного ложа зуба, травма та / або видалення зачатків постійного зуба.

Час виникнення ускладнень від негайного до 1 місяця. Корекція ускладнень може викликати необхідність додаткового лікування.

Мені зрозуміло, що післяопераційний відновлювальний процес строго індивідуальний за тривалістю і характером лікування.

Методи реабілітації після проведення лікування, що сприяють швидкому одужанню: виконання рекомендацій лікаря, пам'ятки для пацієнта після видалення зуба, відвідування пацієнтом лікаря для контрольних оглядів.

Зі мною узгоджені:

Індивідуальний рекомендований план лікування, технології (методи) і матеріали лікування, вартість та строки лікування. Мене повідомлено про можливість уточнення діагнозу в процесі лікування та відхилення від затвердженого плану лікування у вигляді позапланових маніпуляцій та / або зміни строків лікування. Про необхідність проведення додаткових процедур та зміни вартості лікування лікар повідомить мене додатково.

Я повністю усвідомлюю та погоджуюсь з наступним:

Перспективи і результати медичного втручання при наявному захворюванні залежать від своєчасності видалення, повноти видалення тканин зуба, розміру травми навколишніх м'яких і твердих тканин, загального стану організму, індивідуальних анатомічних і фізіологічних особливостей, виконання рекомендацій лікаря, відвідування лікаря для контрольного огляду.

Після видалення зуба може з'явитись необхідність в лікуванні адентії (відсутності зуба).

Я погоджуюся з тим, що можливі ускладнення під час або після проведення операції, що усуваються належним чином в разі їх настання, не є шкодою здоров'ю.

На етапах проведення операції можливе виникнення відчуття дискомфорту та болі.

Я погоджуюся на тип анестезії за вибором лікаря. Я проінформований (на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я надав (ла) лікарю всю відому мені інформацію щодо стану мого (моєї дитини) здоров'я, наявних захворювань відповідно до анкети пацієнта та повідомив (ла) про всі алергічні реакції на медичні препарати та анестетики, що мали місце.

Мені відомо, що при даному медичному втручанні можуть виникнути ситуації, небезпечні для здоров'я, також можливі алергічні реакції і пов'язані з ними ускладнення, передбачити які в момент оформлення цього документа неможливо. Я визнаю право лікаря виходити з таких ситуацій на свій розсуд, а також розширити обсяг послуг, що надаються, до необхідного для належного надання медичних послуг або запобігання шкоди моєму здоров'ю.

Я маю право відмовитися від запропонованого лікування на будь-якому етапі його здійснення. Мені роз'яснені всі можливі наслідки такої відмови при наявному захворюванні і його можливе прогресування при незавершеному лікуванні. Я усвідомлюю, що у випадку відмови від завершення лікування в Центрі лікар не несе відповідальності за подальші результати лікування.

Я приймаю рішення проводити лікування на запропонованих мені умовах.

Я даю згоду на фотографування та/або відеозйомку обличчя та ротової порожнини до, під час та після лікування. Я розумію, що це необхідно для здійснення діагностично-лікувального процесу та контролю перебігу захворювання. Ці матеріали та медична карта є власністю Центру та можуть бути опубліковані в медичній літературі або продемонстровані для медичного навчання без ідентифікації моєї особистості.

Я даю згоду на обробку та внесення до локальної інформаційної системи Центру персональних даних (моїх та дитини), у т.ч. щодо стану здоров'я, діагнозів, призначеного лікування, його перебігу.

Текст цього документу мною прочитано та я повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено. Я розумію, що ця згода є юридичним документом і тягне для мене правові наслідки.