

Поінформована добровільна згода

на резекцію верхівки кореня (апикальну хірургію), цистостомію, гемісекцію, реплантацію, операцію видалення зуба

1. Я отримав від свого лікаря всю цікаву для мене інформацію про передбачуване лікування. Мій лікар уважно мене оглянув і роз'яснив переваги та складності як цього, так і інших методів лікування.
2. Я був поінформований про можливий ризик і можливі ускладнення, що супроводжують подібні операції, методи анестезії, прийом ліків. Вони можуть включати відчуття дискомфорту після лікування, що триває до декількох днів, короткочасне (від декількох годин до декількох тижнів) оніміння язика, губ, підборіддя, зубів, обмеження відкривання рота, набряк ясна в області лікування, алергічні реакції та інші ускладнення. У разі ускладнених операцій можливі пошкодження суміжних зубів, вивих чи переломи щелепи.
3. Точна тривалість лікування може бути передбачена і може змінюватися. Я розумію, що зуболікарська практика – не точна наука, тому неможливо передбачити точний результат операції чи лікування.
4. Мій лікар пояснив мені, що неможливо точно передбачити здатність ясен та щелепних кісток до загоєння у кожного пацієнта.
5. Я згоден на проведення методу анестезії, обраного моїм лікарем.
6. Я згоден на будь-яке рентгенологічне обстеження, необхідне для повноцінного лікування.
7. Я погоджуюся регулярно відвідувати мого лікаря для огляду та профілактичних процедур. Є контрольні огляди.
8. Я схвалюю рекомендоване лікування. Я повністю усвідомив(ла), що під час операції або лікування ситуація може змінитися, що вимагатиме від лікаря додаткових дій, спрямованих на досягнення оптимального результату і даю свою згоду на це. Також дозволяю фото та відео документацію ходу лікування.
9. Я підтверджую, що прочитав і зрозумів усе вищевикладене, мав можливість обговорити з лікарем всі цікаві та незрозумілі мені питання, пов'язані з лікуванням мого захворювання і наступного реабілітаційного періоду. На всі запитання я отримав відповіді.
10. У мене не залишилося нез'ясованих питань до лікаря, і я добровільно погоджуюсь на запропоноване мені лікування.

Підпис пацієнта \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.