



СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ КЛИНИКИ

Информированное добровольное согласие на удаление зубов

Я согласен(а) на удаление зубов, осознаю что это возможно может повлечь возникновение нижеследующих (а возможно и не только) осложнений:

луночковое кровотечение	-повреждение десны и мягких тканей полости рта
-луночковая послеоперационная боль	-отлом участка альвеолярного отростка
(альвеолит)	-перфорация дна верхнечелюстной пазухи
-ограниченный остеомиелит лунки зуба	-вывих челюсти
-невралгия нижнего луночкового нерва	-нарушения в деятельности жевательных мышц, боли;
-перелом коронки и корня удаляемого зуба	-проблемы приема пищи
-проталкивание корня зуба в мягкие ткани	

Удаление зубов (зубная формула будет прописана в журнале Ознакомления), я прошу провести по моему добровольному согласию.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.