

## Информированное согласие на стоматологическое лечение ребенка (до 15 лет)

Я, являясь законным представителем ребенка проинформирован(а) о состоянии здоровья ребенка и поставленном ему диагнозе. Я получил(а) от сотрудников стоматологической клиники «Dent-Lux» полную информацию о возможности и условиях предоставления медицинских услуг и даю свое согласие на оказание медицинских услуг моему ребенку.

Я понимаю, что при данной клинической ситуации очень сложно поставить точный диагноз (степень поражения зуба) и спланировать соответствующее лечение, не прибегая к вмешательству, в связи, с чем в ходе лечения возможно уточнение диагноза и коррекция намеченного плана лечения, о чем меня уведомит лечащий врач. Окончательно решение по плану лечения врач может принять только после того, как проведет удаление всех пораженных кариесом тканей зуба (зубов).

Я соглашаюсь с тем, что врач не может предсказать эмоциональную реакцию ребенка на выполнение манипуляций при лечении зубов в связи с индивидуальной переносимостью манипуляций у каждого ребенка, психо-эмоциональным состоянием, поэтому невозможно точно предсказать длительность лечения, количество необходимых посещений, возможность завершения планируемого этапа лечения во время текущего посещения. Я согласен с тем, что стоматологическая клиника «Dent-Lux» вправе в любой момент отказаться от лечения моего ребенка в случае, если его эмоциональное состояние и/или поведение будут создавать угрозу причинения вреда его здоровью, или сделают невозможным надлежащее оказание медицинской услуги.

Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии ребенка к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я соглашаюсь с возможностью возникновения нижеперечисленных осложнений, которые могут произойти во время и после лечения:

1) определенный процент (5-10%) неэффективного лечения молочных зубов по причине его анатомофизиологической специфики, а так же индивидуальных особенностей молочных зубов у конкретного пациента и состояние его здоровья;

2) после лечения зуба по среднеглубокому или глубокому кариесу возможно появление болевых ощущений, при нарастании которых врач вынужден, будет провести эндодонтическое лечение (лечение каналов корней зуба) за отдельную плату.

3) обострение заболевания может возникнуть и в более отдаленные сроки, так же может быть выявлено при профилактическом осмотре пациента и это тоже приведет к эндодонтическому лечению; оплата за данные манипуляции проводится по прейскуранту действующему на день оказания услуг.

4) при эндодонтическом вмешательстве возможно появление болевых ощущений в зубе при надкусывании и жевании;

5) при лечении периодонтитов молочных зубов может возникнуть обострение процесса – на данное лечение гарантия не распространяется

6) после лечения может возникнуть патологическая резорбция корней молочного зуба, что может привести к удалению данного зуба.

7) при серебрении цвет зуба (зубов) изменяется (темнеет) и сохраняется вплоть до замещения постоянными зубами;

Я понимаю, что после проведения анестезии ребенок какое-то время не чувствует губу, что может привести к ее накусыванию. Я проинформирован(на) что необходимо контролировать моего ребенка после лечения, для предотвращения данного осложнения.

Я понимаю необходимость рентгеновской диагностики и контроля качества лечения.

Я согласен(на), что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения, при лечении осложненной формы кариеса и соглашаюсь на то, что после лечения вероятен риск появления осложнения в виде пульпита. Я понимаю, что положительный результат лечения заболевания молочных зубов не гарантирован, однако мне гарантированно проведение лечения ребенка специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарноэпидемиологического режима.

Я ознакомлен(а) со стоимостью лечения, у меня была возможность задать все интересующие меня вопросы по технологиям лечения и по стоимости лечения.

Понимая сложность предстоящего лечения, я обязуюсь приводить ребенка на контрольные осмотры и следить за соблюдением ребенком (непосредственно выполнять) гигиенических процедур в полости рта. Мной заданы все интересующие вопросы, получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них, понятны все слова и медицинские термины, использующиеся в настоящем документе.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов, я и мой ребенок должны исполнять все назначения, рекомендации и советы специалистов стоматологической клиники «Dent-Lux».

Будучи предупрежденным(ой) и информированным(ой) обо всем вышеизложенном, я полностью осознаю, что медицинское вмешательство показано по состоянию здоровья моего ребенка, в связи с этим я добровольно и вполне осознанно даю согласие на оказание ему стоматологической помощи, включая метод обезболивания: местную инфильтрационную анестезию.

Данное информированное согласие является неотъемлемой частью Договора об оказании стоматологических услуг.