

### **Информированное согласие на проведение терапевтического лечения**

Доктор тщательно обследовал мои зубы и полость рта. Мне объяснили все существующие методы лечения моего состояния зубной системы. Я обсудил(а) с доктором все положительные и отрицательные моменты предложенных мне методов лечения.

Мне понятен план, объем и цели лечения, возможные осложнения на этапах лечения и необходимость возможного дополнительного обследования, изменения сроков лечения, дополнительной оплаты. Я обязуюсь строго исполнять все рекомендации лечащего врача.

Я понимаю, что, успешный результат эндодонтического лечения не может быть гарантированным на 100%, что может потребоваться повторное лечение корневых каналов, хирургическое вмешательство (резекция) или даже удаление зуба.

Я полностью информировал(а) врача о своем физическом, душевном здоровье, наличии у меня аллергических или необычных реакциях на лекарства, пищу, укусы насекомых, обезболивающие препараты, и о сопутствующих заболеваниях.

Я даю разрешение доктору использовать любого ассистента данной клиники, участие которого в моем лечении он сочтет необходимым, а также приглашать для консультации других врачей клиники.

Я разрешаю доктору делать фотографии, рентгеновские снимки, модели, связанные с моим состоянием и лечебными процедурами, использовать их для научных или образовательных целей.

Я получил(а) ответы на все мои вопросы и доверяю квалификации врача.

На лечение согласен(а). С суммой и формой оплаты согласен(на).

Пациент: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата: \_\_\_\_\_