



Стоматологическая клиника "ВитАрт"  
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18  
<http://www.vitart-stom.ru>, [info@vitart-stom.ru](mailto:info@vitart-stom.ru)  
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА  
(эндодонтическое лечение)**

*Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

Я, \_\_\_\_\_, уполномочиваю  
врача-стоматолога \_\_\_\_\_ провести эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов)  
\_\_\_\_\_ моему ребенку Patient.

. Доктор поставил моему ребенку следующий диагноз:

\_\_\_\_\_ и указал на необходимость лечения корневых каналов этого зуба. Последствиями отказа от данного лечения могут быть:

- прогрессирование заболевания;
- развитие осложнений;
- появление, либо нарастание болевых ощущений;
- образование кисты;
- потеря зуба;
- поражение зачатка постоянного зуба;
- системные проявления заболевания.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба(-ов), отсутствие лечения как такового.

Доктор понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время лечения корневых каналов, а именно:

- имеется определенный процент неудач эндодонтического лечения, что может потребовать в будущем удаление молочного зуба;
- во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может перфорировать стенку корня. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба.

Даже при успешном завершении эндодонтической терапии нельзя дать гарантии, что этот зуб не подвергнется кариозному разрушению и перелому в будущем.

Я обязуюсь приводить ребенка на контрольные осмотры (по графику, согласованному с доктором и записанному в историю болезни).

Я осведомлен(-на) о возможных осложнениях во время анестезии при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(-ла) доктора о всех случаях аллергии моего ребенка к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел(-ла) возможность задавать все интересующие меня вопросы.



Стоматологическая клиника "ВитАрт"  
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18  
<http://www.vitart-stom.ru>, [info@vitart-stom.ru](mailto:info@vitart-stom.ru)  
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

Я внимательно ознакомился(-лась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись представителя: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись представителя)  
(ФИО полностью)

Подпись врача: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись врача)  
(ФИО)

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г