

OPEN & AFFORDABLE DENTAL BRACES

СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ПАРОДОНТА

Имя пациента: _____

Пожалуйста, поставьте инициалы после прочтения каждого абзаца. Если у вас есть вопросы, обратитесь к врачу ДО того, как поставить инициалы.

Вы имеете право быть проинформированным о своем диагнозе и планируемой операции, чтобы вы могли принять решение о целесообразности проведения процедуры, учитывая все риски и преимущества.

Мой диагноз: ☐ Заболевания пародонта ☐ Другой _____

Мое запланированное лечение: ☐ Удаление зубного камня и выравнивание поверхности корня ☐ Другое _____

Альтернативные методы лечения включают: _____

_____ 1. Мой врач объяснил, что существуют определенные потенциальные риски и побочные эффекты, если не продолжать лечение, некоторые из которых могут быть серьезными. Они включают следующее и другие:

- Рecessия десен
- Неприятный запах изо рта
- Невозможность выполнять адекватную гигиену полости рта
- Расшатывание зубов
- Абсцессы или инфекция
- Боль
- Плохое пережевывание
- Чувствительность зубов
- Подвижность зубов
- Ухудшение состояния десен
- Более глубокие карманы
- Преждевременная потеря зубов с необходимостью их замены

_____ 2. Я понимаю, что существуют риски, связанные с предлагаемым лечением, в том числе:

- Отек, кровотечение и боль, чувствительность зубов к горячему и холодному, усадка десен с обнажением краев коронки или краев
- Косметические изменения зубов и изменения речи, Возможная потеря вкусовых ощущений, Инфекции или абсцессы
- Потеря зубов, Длительное онемение, Подвижность зубов, Застывание пищи, Окрашивание корней
- Ограничения при открывании рта (из-за отека или нагрузки на челюстные суставы), Потеря тканей
- Продолжающееся или рецидивирующее заболевание десен, потеря имплантата, Терапия корневых каналов, Лечение ВНЧС
- Другое: _____

Мне не давали никаких гарантий или гарантий успеха этого лечения, и я понимаю, что каждый пациент индивидуален, что делает невозможным точное предсказание результатов. Хотя ожидается улучшение, я также понимаю, что мое состояние может быть таким же, лучше или хуже после лечения, и что может потребоваться постоянный уход.

Я понимаю, что для успешного лечения и уменьшения опасности осложнений я должен соответствовать определенным требованиям: отличная гигиена полости рта, правильная диета с ограничениями на определенные твердые или жевательные продукты, строгое соблюдение инструкций по использованию лекарств или ношению приспособлений и сотрудничество в соблюдении назначений. Я предоставил полное и точное изложение своей медицинской и социальной истории. У меня была полная возможность задать вопросы об информации в этой форме и я получил ответы, которые меня удовлетворили.

СОГЛАСИЕ

Я понимаю, что мой врач не может обещать, что все будет идеально. Я понимаю, что перечисленное выше лечение и другие формы лечения или отсутствие лечения вообще являются выбором, который у меня есть. Я прочитал и понял вышеизложенное и даю свое согласие на операцию. Я предоставил полную и правдивую историю болезни, включая все лекарства, употребление наркотиков, беременность и т. д. Я подтверждаю, что говорю, читаю и пишу по-английски. На все мои вопросы были даны ответы до подписания этой формы.

Подпись пациента (или законного опекуна): _____ Дата: _____

Подпись врача: _____ Дата: _____