

**Родителска форма на съгласие**

Дете (пациент): \_\_\_\_\_ Родена дата: \_\_\_\_\_

Дентален лекар: \_\_\_\_\_ телефон: \_\_\_\_\_

Вашето дете бе прегледано в кабинета на гореспоменатия дентален лекар и се нуждае от някои особени дентални грижи. Тази форма ще Ви обясни грижите, от които Вашето дете се нуждае и изисква Вашето разрешение за провеждането им. Ако тази форма не бъде подписана и върната при нас, Вашето дете няма да получи други дентални грижи освен спешна дентална помощ за облекчаване на болка.

Пломби: \_\_\_\_\_ зъб/зъби

Загниването разлага зъба и ако не се лекува ще причини в засегнатия зъб болка и инфекция. Денталният лекар ще отстрани загниването и отслабените части на зъба и ще ги замени със сребърна сплав или друг пълнежен материал с цвета на зъба. Ще бъде използван местен анестетик (успокоително), за да “изтръпне” за няколко часа зоната, която е необходимо да бъде третирана.

Уплътнения: \_\_\_\_\_ зъб/зъби

Задните зъби имат дълбоки бразди и вдлъбнатини, в които обикновено започва загниването. Денталният лекар или хигиенистът ще “уплътни” браздите със слой пластичен материал, за да предотврати стартирането на загниване. Не е необходимо използването на анестетик (обезболяващо).

Коронки от неръждаеми метални сплави: \_\_\_\_\_ зъб/зъби

Ако зъбът е лошо разрушен от загниването не може да се направи пломба. Поради това зъбът се почиства и оформя от всички страни и върху него се поставя специално изработена коронка или “шапка”, за го да предпазва от счупване. Както при пломбите, зоната на лечение се третира с анестетик, за да помогне на детето да се чувства комфортно един два-часа.

Лечение на зъбната пулпа и нерв.

Когато загниването или инфекцията се развива достатъчно надълбоко, така че вътрешната тъкан на зъба е инфектирана, всички части от инфектираните тъкани трябва да бъдат премахнати. Поставя се специален пълнеж да бъде поставен с цел предпазване от разпространение на инфекцията в други части на тялото.

Това лечение обикновено изисква две посещения, по време на които ще бъде използван анестетик. Болката и подуването са рядко срещани и обикновено са незначителни след тези операции. Възможно е да бъде използван антибиотик за контрол на вероятни инфекции.

След лечението може да бъде поставена пломба или коронка с цел укрепване на зъба и предпазването му от счупване.

Екстракция или премахване на зъб \_\_\_\_\_ зъб/зъби

Ако инфекцията се е разпространила прекалено много, за да може да се възстанови зъба, често най-добре е да се премахне зъба, за да се предотврати разпространение на инфекцията. След "изтръпване" на зоната с анестетик, зъба се премахва и зоната се обвива с марля, за да се контролира кървенето.

Трябва да бъдат взети мерки зоната да се щади няколко дни, защото кървенето може да започне отново. Захапването на марля или кърпичка обикновено води до спиране на кървенето. Болката и подуването са рядко срещани и обикновено са незначителни след тези операции.

Нитрооксид или други успокоителни медикаменти.

Ако детето е особено нервно/притеснено от лечението, денталният лекар може да употреби "смешен газ" (нитрооксид) или други успокоителни медикаменти, за да помогне на детето да се успокои, за да може работата да бъде извършена както трябва. Медикаментите могат да предизвикат сънливост у детето след лечението.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Очакваме за лечението на вашето дете да бъдат необходими \_\_\_\_\_ бр посещения при нас.

Ако имате каквито и да е въпроси относно грижите, необходими за Вашето дете, моля обадете се в нашия офис, за да получите подробни разяснения. Възможно е по време на лечението да възникне необходимост от провеждане на допълнителни процедури или някои от процедурите да бъдат заменени. Вие ще бъдете информирани само при наличието на големи такива.

Като родител или настойник, чрез подписването на настоящия документ, Вие упълномощавате гореспоменатия дентален лекар и дентален кабинет да предостави / извърши съответните дентални услуги на споменатото дете. Ако тази форма не бъде подписана и предоставена обратно на нас, Вашето дете ще получи единствено спешна дентална помощ.

Моля подпишете този документ и го върнете възможно най-скоро при нас.

Родител / Настойник: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Свидетел: \_\_\_\_\_