

ДЕКЛАРАЦИЯ

за

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА СПЕЦИАЛНИ ПРОЦЕДУРИ

ИНСТРУКЦИИ: Използвайте достъпни изрази, заменяйте думите, които не са разбираеми.

1. Аз по този начин, упълномощавам Дентален център Медстом - М и неговите лекари, състав и служители, да се опитат да излекуват състоянието(а), диагностицирано(и) с помощта на направените вече изследвания. Тези състояния, нуждаещи се от лечение са:

Счупени / Развалени зъби

2. Процедурите за лечението на тези състояния ми бяха обяснени от д-р и аз разбирам тяхната същност:

- a) Местен анестетик
- b) Екстракция на зъб №
- c) Инцизия на абсцеси и флегмони в ЛЧО
- d) Поставяне на костно-заместващи вещества

3. Бях осведомен за определени рискове и последици, свързани с горепосочените процедури. Почесто срещаните рискове включват: инфекция, кръвене, нараняване на нерв, кръвни съсиреци, сърдечен удар, алергични реакции и пневмония. Тези рискове могат да бъдат сериозни и е възможно да са фатални. Рисковете от тази конкретна операция включват: болка, подуване, фрактура на долната челюст, навлизане в синусите, фрактура на корените, наранявания на други зъби, алвеолит, изтръпване на устните и брадичката, необходимост от допълнителна хирургична операция.

4. Алтернативи на тази процедура/операция са: заболяването да се остави без лечение.

5. Осъзнавам последствията от неприлагане на тези процедури: болка, подуване, инфекция, хоспитализиране, загуба на други зъби

6. Информирам съм също така, че може да има и други рискове (включително и смърт) по време на провеждането на процедурите, описани по-горе. Наясно съм, че медицината и хирургията в частност, не са точни науки и приемам, че не ми беше дадена гаранция относно резултатите от операцията или процедурите.

7. В Дентален център Медстом - М има обучаващи се лекари, които ще асистират на моя лекар в грижите за мен. С настоящото пълномощно давам право на тази дентална клиника да пази за научни и учебни цели.

8. Беше ми обяснено, че по време на лечението могат да възникнат състояния, които могат да доведат до необходимостта от провеждането на допълнителни или други процедури и упълномощавам лекаря и неговите сътрудници в тези случаи да направят необходимото, според своята преценка.

9. Беше ми обяснено, че средния период за възстановяване от тези процедури е: дни.

10. Разбирам, че имам правото да оттегля съгласието си по всяко време, като информирам за това лекаря.

Дата

Подпис на пациент или оторизиран представител:

Свидетел

връзка с пациента

(свидетел е необходим при съгласие по телефона или при невъзможност от страна на пациента да подпише съгласието)

Лекарска декларация:

Обясних съдържанието на този документ и отговорих на въпросите на пациента, използвайки най-добрите си знания. Вярвам, че пациента беше адекватно информиран.

Дата:.....

Подпис на лекаря:.....