

Имя пациента: _____ Дата рождения: _____

Настоящим я разрешаю стоматологам Elica Health Centers и/или стоматологам, назначенным медицинскими центрами по их выбору, выполнять моему ребенку (или законному подопечному) следующих процедур лечения зубов или операций в полости рта, включая использование любой необходимой или рекомендуемой местной анестезии, рентгенограммы (x-rays) или диагностических средств.

- Чистка зубов и применение фтора (topical fluoride).
- Нанесение пластиковых «герметиков» ("sealants") на бороздки зубов.
- Лечение больных или поврежденных зубов, путем реставрации (пломбы).
- Замена отсутствующих зубов зубными протезами.
- Удаление одного или нескольких зубов.
- Лечение пораженных или поврежденных тканей полости рта (твердых и/или мягких).
- Необходимость отложить или перенести лечение на более подходящее время.
- Treatment of malposed (crooked) teeth and/or oral developmental or growth abnormalities.

Я понимаю, что существуют риски, связанные с лечением, и подтверждаю, что мне разъяснили информацию о рисках и у меня была возможность задать вопросы относительно лечения и рисков, и я полностью понимаю сказанное.

Мне объяснили процедуру лечения. Мне также объяснили альтернативные методы лечения, если таковые имеются, дав информацию как о преимуществах, так и о недостатках и рисках каждого из них. Мне сообщили, что, хотя ожидаются хорошие результаты, нельзя точно предвидеть возможность и природу осложнений и, следовательно, не может быть никаких явных или подразумеваемых гарантий относительно результатов лечения.

Я признаю, что в ходе лечения могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, которые потребуют дополнительных (или отличных от описанных) процедур. Я даю согласие и запрашиваю выполнение любых дополнительных процедур, которые считаются необходимыми или желательными для здоровья полости рта успешного лечения, по профессиональному мнению стоматологов ЕНС.

Я понимаю и был проинформирован о том, что существуют возможные риски и осложнения, связанные с введением местной анестезии, седации и лекарств. Наиболее распространенными являются отек, кровотечение, боль, тошнота, рвота, синяки, покалывание и онемение губ, десен, лица, языка, аллергические реакции, гематома (отек или кровотечение в месте инъекции или рядом), обмороки, прикус губ и щек, приводящий к язве и инфекции слизистой. Я также понимаю, что существуют редкие потенциальные риски, такие как неблагоприятные реакции на лекарства при дыхательном и сердечно-сосудистом коллапсе (остановка дыхания и работы сердца) и недостаток кислорода в мозге, что может привести к коме или смерти.

Я осознаю, что иногда очень трудно проводить лечение зубов у ребенка из-за отсутствия сотрудничества. Это довольно часто встречается у очень маленьких, у детей с физическими и/или умственными недостатками, которые снижают их способность сотрудничать во время процедур, а также у детей, которые боятся или беспокоятся. Настоящим я разрешаю использовать опору для рта и помощь ассистента для фиксации ребенка, если, по мнению врача, движения ребенок должны быть ограничены во время лечения для его/ее безопасности.

Я подтверждаю, что получил от Elica Health Centers копию **Dental Material Fact Sheet**.

Имя родителя/опекуна: _____ Отношение к пациенту: _____

Подпись родителя/опекуна: _____ Дата: _____

Подпись врача/дантиста: _____ Дата: _____

Подпись свидетеля/переводчика: _____ Дата: _____