

Інформована згода на дитяче лікування

Надання Клінікою послуг з дитячого стоматологічного лікування означає, що батьки/законні представники дитини перед початком надання таких послуг поінформовані про їх суть, особливості та очікувані результати, згодні на їх проведення та заявляють про наступне:

1. Лікар обґрунтував необхідність проведення стоматологічного лікування моєї дитині.
2. Я **мав**(-ла) можливість ставити запитання щодо лікування моєї дитини та отримав(-ла) відповіді на них у доступній і зрозумілій формі.
3. Я ознайомлений(на) із запропонованим планом лікування, який для мене є зрозумілим і з яким я повністю погоджуюсь. Я розумію, що у процесі лікування план та терміни можуть змінюватися залежно від індивідуальних особливостей дитини.
4. Якщо дитина веде себе неспокійно, а саме: крутиться, закриває рот, плаче, розмовляє чи кричить під час маніпуляцій у порожнині рота, то якісне лікування в таких умовах неможливе. Лікар має право відмовитись від лікування та запропонувати альтернативну методику (наприклад, медикаментозний сон).
5. Я проінформований(на), що лікування кореневих каналів і запальних процесів у кістці (періодонтит, періостит) у молочних та постійних зубах із несформованою верхівкою кореня саме по собі є довготривалим, складним і не завжди успішним, що пов'язано з особливостями будови зубів, станом імунітету, хронічними захворюваннями та перебігом запального процесу. Розуміючи суть запропонованого плану та індивідуальні особливості організму дитини, я погоджуюсь, що неможливо спрогнозувати точний результат.
6. Лікар попередив мене, що після лікування в дитини можуть з'явитися болісні відчуття. У разі їх значної інтенсивності я зобов'язуюсь повідомити про це клініку.
7. Я згоден(на) виконувати всі рекомендації, надані моїй дитині під час і після прийому. У тому числі: дотримання правил поведінки після проведення місцевого знеболення, контроль за гігієною порожнини рота для уникнення повторного інфікування карієсом.
8. Я ознайомлений(на) з можливими негативними наслідками відмови від лікування дитини, зокрема: прогресування карієсу, розвиток інфекційних ускладнень, наростання болю, втрата зуба, а також можливі системні прояви (підвищення температури, головний біль, інтоксикація організму).

9. Я ознайомлений(на) з можливими ускладненнями у процесі лікування, що не залежать від лікаря, зокрема:
- повторні болі чи дискомфорт після лікування;
 - необхідність повторного втручання;
 - ризик ураження зачатка постійного зуба;
 - можливість видалення зуба;
 - обмежений відсоток успіху при лікуванні кореневих каналів у молочних зубах.
10. Я розумію, що будь-які гарантії у дитячій стоматології відсутні. Можливе лише прогнозування результатів. Для цього необхідно:
- регулярно відвідувати планові огляди кожні 3 місяці;
 - проводити професійну гігієну кожні 6 місяці;
 - підтримувати належний рівень щоденної гігієни та стежити, щоб не з'являлись нові каріозні порожнини.
11. Я уважно ознайомлений(на) з цим документом і розумію, що останній має юридичну силу та несе для мене правові наслідки. Я підтверджую свою згоду на лікування зубів моєї дитини.