

(Име на лечебното заведение )

## СЪГЛАСИЕ ЗА СПЕЦИАЛНИ ПРОЦЕДУРИ

### **ИНСТРУКЦИИ:**

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

1. Аз по този начин, упълномощавам \_\_\_\_\_  
(Име и фамилия на лекаря по дентална медицина /името на лечебното заведение),

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:

1. Интравенозна седация
2. Местен анестетик
3. Екстракция на зъб №
4. Инцизия на венеца и премахване на кост

3. Бях осведомен за определени рискове и последици, свързани с горепосочените процедури. По- често срещаните рискове включват: инфекция, кървене, 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. 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/или неговите сътрудници в тези случаи да направят необходимото. според своята преценка.
8. Беше ми обяснено , че средния период за възстановяване от тези процедури е : ..... дни.
9. Разбирам, че имам правото да оттегля съгласието си по всяко време , като информирам за това лекаря.

Подпис на пациент или оторизиран представител.

Дата :

Телефон за връзка с пациента:

### **Лекарска декларация:**

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

Подпис на лекаря по дентална медицина:

Дата: