**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА УДАЛЕНИЕ ЗУБА**

*г.Москва «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.*

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

даю своё согласие на удаление зуба\_\_\_\_\_\_.

Целью данной процедуры является снятие зубной боли, снятие воспаления в области больного зуба.

Методом удаления зуба является использование специальных гладилок, элеваторов, щипцов, кюретажной ложки. В ряде случаев в лунку удалённого зуба необходимо поставить лекарство, содержащее йод.

Также в ряде случаев бывает необходимо распилить зуб и наложить шов (об этом сообщает доктор до начала процедуры).

Последствиями отказа от данной процедуры могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущении, а также обострение системных заболевании организма.

Альтернативным методом лечения является отсутствие лечения.

Во время процедуры Вы можете почувствовать боль в области зуба, давление. Возможно повреждение десны, кончика рта, щеки.

Результатом данной процедуры является снятие боли и удаление инфекции.

Противопоказанием данной процедуры могут быть непереносимость анестезии, психические заболевания, сильная непрекращающаяся боль.

Я проинформировал(а) доктора о всех случаях аллергии в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я обязуюсь выполнять все предписанные доктором рекомендации после удаления зуба.

Я понимаю, что данное приложение является юридическим документом и даю своё добровольное согласие на её проведение.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_