



СОГЛАСИЕ ВЗРОСЛОГО НА ПРОВЕДЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР (ADULT CONSENT TO PERFORM DENTISTRY: RUSSIAN)

Имя пациента (Patient's Name):	Дата Рождения (Date of Birth):	MRN:

Настоящим я разрешаю и поручаю стоматологам и ассистентам стоматологических центров Elica Health Centers (EHC) провести следующие стоматологические процедуры по их выбору:

- Использование любых необходимых рентгенограмм (рентгеновских снимков) или диагностических инструментов для стоматологического обследования.
- Чистка зубов, обработка фтором, реставрация зубов, зубные протезы, хирургические операции ротовой полости, лечение твердых и/или мягких тканей, а также направление к специалистам.

Я понимаю, что эти процедуры связаны с определенными рисками. Риски, лечение, альтернативные методы лечения, если таковые имеются, а также преимущества и недостатки были мне объяснены. У меня была возможность задать вопросы относительно лечения и рисков, и я полностью понимаю их.

Я согласен с использованием местной анестезии. Я понимаю и проинформирован о возможных рисках и осложнениях, связанных с применением местной анестезии. Наиболее распространенными из них являются отек, кровотечение, боль, тошнота, рвота, кровоподтеки, покалывание и онемение губ, десен, лица и языка, аллергические реакции, гематома (отек или кровотечение в месте инъекции или рядом с ним), обморок, прикусывание губ и щек, приводящее к образованию язв и инфицированию слизистой. Я также понимаю, что существуют редкие потенциальные риски, такие как неблагоприятная реакция на лекарственные препараты в виде дыхательного и сердечно-сосудистого коллапса (остановка дыхания и работы сердца) и недостатка кислорода к отделу мозга, что может привести к коме или смерти.

Я понимаю, что, хотя ожидаются хорошие результаты, невозможно точно предугадать возможность осложнений, и не может быть никаких гарантий, выраженных или подразумеваемых, в отношении результатов лечения. В ходе лечения непредвиденные обстоятельства могут потребовать проведения дополнительных или отличных от обсуждаемых процедур. Я разрешаю и прошу провести любые дополнительные процедуры в полости рта, которые будут сочтены необходимыми или желательными для моего здоровья и благополучия, по профессиональному мнению стоматологов EHC.

Я подтверждаю, что получил от медицинских центров Elica копию информационного **Бюллетеня о стоматологических материалах.**

Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ПРОЧИТАЛ И ПОЛНОСТЬЮ ПОНЯЛ ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ, И НА ВСЕ МОИ ВОПРОСЫ БЫЛИ ДАНЫ ОТВЕТЫ.

Подпись пациента / Законного опекуна (Patient Signature): _____ Дата (Date): _____

Подпись провайдера / Стоматолога (Provider / Dentist's Signature): _____ Дата (Date): _____

Подпись Свидетеля / Переводчика (Witness / Translator's Signature): _____ Дата (Date): _____