

ЗГОДА БАТЬКІВ НА ЛІКУВАННЯ ДИТИНИ

Я, батько (мати) _____

Даю згоду на лікування зубів у моєї дитини

Я розумію, що не тільки постійні, але й тимчасові зуби відіграють важливу роль у формуванні й функціонуванні зубощелепної системи дитини. Неліковані тимчасові зуби можуть впливати на зачатки постійних, викликаючи у них захворювання та вади розвитку аж до загибелі постійного зуба а також впливати на стан організму в цілому.

З метою збереження зуба проводяться втручання як у самій каріозній порожнині, з пломбуванням її, так і з потребою, в кореневих каналах – ендодонтичне лікування.

Успіх ендодонтичного лікування залежить не лише від якості роботи лікаря і стоматологічних матеріалів, але і від стану здоров'я дитини, її імунітету, а також значною мірою від її поведінки під час лікування. У зв'язку з цим результат не завжди може бути прогнозованим.

Я згоден(а) з тим, що в процесі лікування може бути змінена тактика лікаря відносно того чи іншого зуба з метою формування у майбутньому повноцінних постійних зубів.

*На всі мої запитання лікар дав вичерпну відповідь і я повністю розумію
і погоджуюсь з тим, про що написано вище.*

Підпис _____

«14» листопада 2024
(дата)