



**ORTHOS-DENT**  
**CARE**  
quality care / confident smile

## Съгласие за екстракция на зъб/и и други орални хирургични манипулации

Аз, по този начин, давам разрешение на д-р ..... да извърши следните процедури и такива допълнителни процедури, каквито ще бъдат сметени за необходими въз основа на констатации, направени по време на лечебния процес:

Изваждане на зъб/и № ..... и/или .....

Съгласен съм това да бъде направено само с местна анестезия и други лечебни средства/методи, изброени по-долу:

А.  Б.

Следните алтернативни методи за лечение ми бяха обяснени:

1. Заболяването да бъде оставено без лечение.
2. Лечението да бъде отложено във времето.

Тези алтернативни методи за лечение са разумни/практични и възможни, но аз желая лечението споменато по-горе. Също така удостоверявам, че по определени причини по-горе споменатите процедури носят някои общи, присъщи за тях рискове като (но не само с тях се изчерпват/ограничават):

**А:** лекарствени реакции и странични ефекти

**Б:** следоперативно кървене

**В:** пост-оперативна инфекция или костно възпаление (суха алвеола)

**Г:** отваряне на синуса на горната челюст по време на отстраняване на задни горни зъби, което може да изисква допълнителна операция в бъдеще.

**Д:** възможно засягане на нерва в долната челюст по време на отстраняване на долни моларни зъби, което обикновено води до временна (но може и постоянна) скованост и/или изтръпване на долната устна, от дясната и/или лявата страна.

**Е:** поява на остри костни ръбове след изваждането на зъбите, което да наложи допълнителна операция в бъдеще.

Възможни са и усложнения от общ характер, като хипертонична криза, синкопални състояния, алергични реакции и други.

Аз разбирам, че общата дентална медицина, оралната и лицево-челюстна хирургия не са точни науки и не ми бяха дадени гаранции във връзка с изложените по-горе процедури.

Дата: \_\_\_\_\_ Име: \_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_

Свидетел: \_\_\_\_\_ подпис на пациента или настойника

\_\_\_\_\_ подпис на свидетеля

\_\_\_\_\_ дата