

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Я, \_\_\_\_\_  
(ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО ПАЦИЕНТА И/ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в ООО «ОРАЛ КЛИНИК»

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, до достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я, \_\_\_\_\_ паспорт \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

прописан (а) \_\_\_\_\_

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного недееспособным:

\_\_\_\_\_  
(ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО ПАЦИЕНТА И/ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

Врачом \_\_\_\_\_ я проинформирован(а) о предстоящем проведении хирургического вмешательства:  
(удаление зуба, вскрытие абсцесса, иссечение капюшона, удаление экзостоза, удаление инородного тела, хирургического вмешательства в областях мягких тканей полости рта, введение дентального имплантата).

Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(лась) с предлагаемым лечением и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие.

Последствиями отказа от данного хирургического вмешательства могут быть: прогрессирование заболевания; появление либо нарастание болевых ощущений.

Я понимаю, что хирургическое вмешательство является сложной биологической процедурой, зависящей от индивидуальных анатомических, физиологических, иммунологических особенностей моего организма, от которых также могут зависеть и возможные общие и местные осложнения, а именно: обморок, коллапс, шок, типичная реакция на повреждение десны и мягких тканей полости рта, вывих нижней челюсти, перелом нижней челюсти, удаляемого зуба или корня, вывих соседнего зуба, отлом участка альвеолярного отростка, вскрытие дна верхнечелюстной пазухи, попадание корня в верхнюю челюстную пазуху, неврит нижнего альвеолярного нерва, луночковое кровотечение, луночковые боли, воспалительные изменения: альвеолит, ограниченный остеомиелит альвеолы зуба, острые края альвеолы обнаженные участки альвеолы.

Я также понимаю что полное выздоровление может занять некоторое время, и будет зависеть от выполнения мной рекомендаций врача. Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить в дни приема назначенного врачом и записанный в медицинскую карту.

Я подтверждаю, что получил(а) объяснения в устной форме о необходимости хирургического вмешательства, включая ожидаемые результаты, риск, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим.

Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

Мне понятен план, объем, и продолжительность рекомендуемого лечения, я проинформирован(а), что возможно изменение плана лечения, я согласен(а), что не во всех случаях можно предсказать точный результат планируемого лечения и возможно изменение плана лечения, в этом случае возникает необходимость изменения суммы на лечение.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача-стоматолога и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом-стоматологом и записанному в медицинской карте стоматологического больного). Врач объяснил мне, что гарантийный срок на оказанные мне стоматологические услуги составляет 1 год с момента начала лечения, согласно условий, изложенных в Договоре на оказание платных медицинских услуг. Мне гарантируется устранение всех недостатков по выполненным работам, если они не вызваны чрезмерными физическими нагрузками, травмами, или являются следствием нарушения мною прямых указаний и рекомендаций врача. Условия гарантии не распространяются на работы с молочными зубами, на конструкции с использованием имплантатов, при заболеваниях пародонта средней и тяжелой степени, при низком уровне резистентности зубов.

Я согласен(а) полностью оплатить все дополнительные расходы на лечение и диагностику.

Я подтверждаю достоверность предоставленной врачу информации, обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и состоянию моего здоровья, даю согласие на обработку моих персональных данных. Внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я подтверждаю согласие на проведение мне хирургического вмешательства (хирургическое удаление) \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ Ф.И.О, подпись пациента  
(законного представителя)

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ Ф.И.О, лечащий врач