

## Информированное добровольное согласие пациента на хирургическое лечение (удаление зуба)

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 18, 19, 20, 21, 22, 23 Федерального закона РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и является необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства (в том числе стоматологического)

Я, \_\_\_\_\_ г.р.,  
являющийся (щаяся) законным представителем \_\_\_\_\_  
добровольно и свободно даю свое согласие на медицинское вмешательство – на проведение хирургического лечения (удаление зуба).

Находясь на лечении в ООО «Концепт Смайл» получил(а) от врача-стоматолога-хирурга \_\_\_\_\_ всю интересующую меня информацию о состоянии зубочелюстной системы, наличии заболевания и о рекомендованном плане лечения.

Я информирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: развитие инфекционных осложнений, появление и нарастание болевых ощущений, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе хирургического лечения (удаления зуба) и сроки проведения лечения.

Я информирован(а) о возможности коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения.

Я информирован(а) о том, что в ходе лечения может быть проведена анестезия, выбор которой производится врачом при моем согласии, о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я понимаю необходимость и даю согласие на проведение рентгенологического обследования в объеме, необходимом для полноценного лечения.

Я предупрежден(а), что в процессе лечения могут возникнуть осложнения, не являющиеся дефектами качества медицинской услуги, а именно:

- аллергические реакции;
- осложнения оперативного лечения, которые обусловлены анатомо-физиологическими особенностями организма. Удаление зуба в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти;
- осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.)

Мне понятно, что послеоперационный восстановительный процесс, строго индивидуален по длительности и характеру лечения. Могут возникнуть отечность десны, онемение в области проведенной операции или лица после хирургического вмешательства, тризм (ограниченное открывание рта).

Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемое и может привести к необходимости нового оперативного вмешательства, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Я осведомлен(а), что несоблюдение рекомендаций врача может снизить качество лечения, повлечь за собой невозможность его завершения в срок или негативно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я получил(а) полную информацию об альтернативных методах лечения, ознакомился(лась) с наиболее рациональным планом лечения, принял(а) решение осуществить стоматологическое лечение на выше указанных условиях. Я доверяю врачу-стоматологу-хирургу \_\_\_\_\_ принимать необходимые решения и выполнять медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения моего состояния.

До подписания настоящего согласия я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты, являясь юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Дата: « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_

В моем присутствии расписался врач-стоматолог-ортопед: \_\_\_\_\_