

**Добровольное информированное согласие
на проведение хирургического лечения**

Я, _____,
паспорт серия _____ № _____ выдан _____, дата выдачи _____
уполномочиваю врача-стоматолога _____

провести ортопедическое лечение дефектов зубов или (и) зубных рядов челюстей. Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ась) с предлагаемым лечением и мог(ла) отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Подпись пациента _____ / _____ /.

уполномочиваю врача-стоматолога _____

провести осмотр моей полости рта, провести обследование, включая при необходимости и рентгенологическое исследование, составить план лечения и провести хирургическое лечение моего заболевания.

Врач поставил мне следующий диагноз: _____.

Я проинформирован о необходимости проведения хирургической операции _____

и понимаю цель, методы и средства ее проведения.

Последствиями отказа от данной операции могут быть, прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление или усиление болевых ощущений, а также обострение имеющихся системных заболеваний организма. Альтернативным методом лечения является отсутствие лечения.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля эффективности проводимого лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику согласованному с врачом).

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии, проведении лечебных манипуляций, при приеме анальгетиков, антибиотиков и других медикаментозных средств.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях повышенной чувствительности или непереносимости медикаментозных препаратов в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность операции и уникальность собственного организма, я согласен (а) с тем, что никто не может предсказать точный результат оперативного лечения и течение послеоперационного периода. Независимо от наличия определенных рисков и возникновения возможных осложнений я понимаю необходимость проведения операции и даю на нее свое согласие.

Мне были объяснены в простой и понятной форме все возможные исходы хирургического лечения. Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. После тщательного анализа всех положительных и отрицательных сторон оперативного лечения, включая возможные осложнения и риски, я выражаю согласие на выполнение хирургической операции. Я также выражаю согласие на выполнение дополнительных или альтернативных процедур, которые окажутся необходимыми, по мнению лечащего врача.

Я заверяю, что я полностью прочитал(а), понял(а) и согласен(а) с данным документом и предложенным мне лечением.

Я ознакомился(ась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Пациент: _____ / _____ / Врач: _____ / _____ /
(подпись пациента) (подпись врача)

Дата _____

СРОК ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТ по договору № _____ с _____ по _____

Дата _____ подпись _____ / _____ /