

**Добровольное информированное согласие  
на проведение хирургического лечения**

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан:

Я, \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_

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

признанного недееспособным: \_\_\_\_\_

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.

Представитель: \_\_\_\_\_ / Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись пациента) (подпись врача)

Дата \_\_\_\_\_

**СРОК ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТ по договору № \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_**

Дата \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_