

ООО «СВ»

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Стоматологическое хирургическое лечение

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии с ФЗ №323-ФЗ от 21.11.11г. «Об основах охраны здоровья граждан В Российской Федерации»

Я _____
(Ф.И.О. пациента или законного представителя ребёнка – полностью)

настоящим даю своё согласие на проведение стоматологического хирургического лечения мне (моему, моей несовершеннолетнему (ей) сыну (дочери))

_____ ФИО ребёнка, дата рождения
у врача стоматолога- хирурга _____ Дата _____

1. Я получил (а) от лечащего врача всю интересующую меня информации о предполагаемом лечении (процедуре). Врач в доступной мне форме разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения
2. Я проинформирован(а) о том, что:
 - 2.1. Существуют возможные риски и осложнения, сопутствующие стоматологическому хирургическому лечению, методам анестезии, приёму лекарств. Они могут включать в себя ощущение дискомфорта после стоматологического хирургического лечения, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, а именно: онемение языка, губ, подбородка, зубов, ограничение открывания рта, отек десны в области лечения, аллергические реакции и другие осложнения. В случае осложненных операций возможны повреждения смежных зубов, вывих или перелом челюсти.
 - 2.2. Невозможно предугадать точный результат стоматологического хирургического лечения. А так же невозможно точно предсказать способность дёсен и челюстных костей к заживлению у каждого Пациента.
 - 2.3. Во время стоматологического хирургического лечения ситуация может измениться. Что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата, и даю свое согласие на это.
3. Я согласен(а) на проведение метода анестезии, выбранного врачом.
4. Я согласен(а) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного стоматологического хирургического лечения.
5. Я согласен(а) регулярно посещать своего врача для осмотра и профилактических процедур после стоматологического хирургического лечения.
6. Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья (своего ребёнка).
7. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, что имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные со стоматологическим хирургическим лечением и последующим реабилитационным периодом. На заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие меня ответы, и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
8. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

_____ « ____ » _____ 20__ г.
Подпись пациента или законного представителя Расшифровка подписи Дата

