



Приложение к медицинской карте № _____

Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство (основание ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

« _____ » _____ 201__ г.

Информированное согласие на стоматологическое хирургическое вмешательство

Я, _____

(фамилия, имя, отчество гражданина, одного из родителей ребенка до 15 лет, иного законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на предложенное мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь (нужное подчеркнуть)

_____ (фамилия, имя, отчество ребенка (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель)

медицинское вмешательство стоматологическое хирургическое лечение,
(наименование вида медицинского вмешательства)

настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован (а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

Я ознакомился(ась) с предлагаемым лечением и мог(ла) либо дать свое согласие на проведение данного лечения, либо отказаться от него.

Врач поставил мне следующий диагноз:

_____ и обосновал необходимость хирургической операции (удаления зуба). Последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Альтернативным методом лечения является отсутствие лечения.

Мне объяснен в понятной и доступной форме основной план лечения, а также сопутствующие явления планируемого лечения, включая: боль, неудобство, припухлость, а также возможные осложнения, связанные с индивидуальными особенностями моей анатомии – прободение гайморовой пазухи, онемение губы, подбородка, языка, кровотечение. Понимая сущность операции и индивидуальные особенности организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой операции, заживляющие способности десны и костной ткани после операции.

Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время операции выяснится необходимость в частичном или полном изменении данного плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также необходимость выполнения

всех полученных от врача указаний, касающихся проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Настоящим Приложением я даю свое согласие на осуществление основного плана лечения.

Я проинформировал(а) врача _____ обо всех случаях аллергии в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мое согласие также дано на осуществление местной анестезии, и это после того, что мне ясны и понятны риск и осложнения, связанные с местной анестезией, включая временные ограничения открывания рта, а также аллергические реакции на используемые и назначенные лекарства.

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я согласен(а) на проведение рентгенологических исследований, фотографирование, снятие на видеоплёнку и другие процедуры.

Я разрешаю (не разрешаю) использовать информацию о моем заболевании в научных целях, использовать эти сведения в учебном процессе, для публикации в научной литературе, на условиях анонимности.

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

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги.

Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я принимаю решение осуществить стоматологическое хирургическое вмешательство на предложенных мне условиях.

Подпись пациента: _____ / _____ /

(или подпись его законного представителя)

Подпись врача: _____ / _____ /