

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении, и что я соглашаюсь с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:
Я, (Ф.И.О.) _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:

Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения

до проведения хирургического вмешательства _____, на основании данных обследования и диагностики, получил (а) от медицинских работников и врача ООО Стоматологический салон «Консул» интересующую меня информацию о предстоящем хирургическом лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Последствиями отказа от хирургического вмешательства могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Альтернативным вариантом является отсутствие лечения.

Я понимаю, что хирургическое лечение является вмешательством в биологический организм, сопровождающееся болевой реакцией организма. В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии. Кроме того, врач разъяснил необходимость проведения рентгенологического исследования (в т.ч. для диагностики и контроля качества лечения), объяснил цель и суть данной методики, а также получил мое согласие на его проведение.

- Мне было объяснено течение послеоперационного периода и возможное появление
- болей (как при наличии любой раны),
 - отека мягких тканей (в результате травматического воздействия на них),
 - воспаления в месте хирургического вмешательства (в связи со сложностью вмешательства),
 - кровотечения (в связи с изменением артериального давления или биологическими (анатомическими) особенностями организма),
 - скол соседнего зуба,
 - вывих/ подвывих соседнего зуба,
 - повышение температуры тела и наличие общих симптомов интоксикации,
 - ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов.

Во избежание вышеперечисленных последствий необходимо тщательно соблюдать режим труда, отдыха, питания, гигиенического ухода и рекомендаций врача.

Мне понятно, что организм каждого человека уникален, и многое зависит от него, врач не может стопроцентно гарантировать исход и предполагаемый прогноз хирургического вмешательства. Контролировать течение послеоперационного периода может врач только при моем своевременном обращении и при условии соблюдения всех рекомендаций.

Мне были объяснены возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному варианту. На основании полученных сведений, мною выбрано оперативное вмешательство (хирургическое лечение), отраженное в плане лечения, предварительно согласованном со мной.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме. Я прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и удовлетворен(а) ответами на мои вопросы.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к хирургическому лечению на предложенных условиях.

Пациент: _____ / _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

Врач: _____ / _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество)

Дата: « _____ » _____ 20 _____ г. **Памятка получена на руки** _____ (подпись)

Дата	Зуб	Диагноз	Подпись врача	Подпись пациента