

Информированное добровольное согласие на хирургическое лечение зубочелюстной системы - пластика уздечки / пластика преддверия полости рта

г. Москва

ДатаЗаключенияДоговора

Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель

Я, ЗаконныйПредставитель,

(Ф.И.О. представителя пациента)

выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента

ФамилияИмяОтчествоПациента

(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что, в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о необходимости, характере, и возможных осложнениях такого медицинского вмешательства, как **хирургическое лечение зубочелюстной системы- пластика уздечки/пластика преддверия полости рта.**

Я получил (а) от врача интересующую меня информацию о предстоящем хирургическом лечении, до проведения хирургического вмешательства.

Я ознакомлен (а) с тем, что 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 так же 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). Во избежание вышеперечисленных последствий необходимо тщательно соблюдать послеоперационные рекомендации, режим труда, отдыха, питания, гигиенического ухода и рекомендаций врача.

Мне понятно, что у каждого человека индивидуальная переносимость хирургического вмешательства в послеоперационном периоде и многое зависит от индивидуальных особенностей организма, врач не может 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 лечения. На основании полученных сведений, мною выбрано оперативное вмешательство (хирургическое лечение), отраженное в плане лечения, предварительно согласованном со мной.

Я понимаю и принимаю то, что при проведении хирургического лечения зубочелюстной системы-пластика уздечки/пластика преддверия полости рта положительный результат не гарантирован, однако гарантировано проведение медицинского вмешательства специалистом соответствующей квалификации, использование им только

разрешенных к применению в РФ медицинских изделий и лекарственных препаратов, соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача в послеоперационный период.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы. Я понял(а) значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия. Являясь законным представителем, я подтверждаю свое согласие на проведение представляемому хирургическое лечение зубочелюстной системы-пластика уздечки/пластика преддверия полости рта врачом ООО «СТОМСТУДИЯ».

Беседу провел врач _____
(подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства _____ (подпись)