Стоматологическая клиника «Семейная стоматология»
626150 г.Тобольск 7 микрорайон, д.46а

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
пациента на проведение хирургического вмешательства

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Я_____
(Фамилия, Имя, Отчество пациента – полностью)

обращаюсь в стоматологическую клинику ООО «Семейная стоматология» для проведения хирургического вмешательства.

Врач внимательно меня осмотрел, разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения.

Я проинформирован(а) о возможном риске и возможных осложнениях, сопутствующих подобным операциям, методам анестезии, приему лекарств. Они могут включать в себя

-возможность болевых ощущений в течении послеоперационного периода
-возможность сохранения припухлости мягких тканей
-повышении температуры тела и наличие общих симптомов интоксикации
-кратковременное (от нескольких часов до нескольких суток) онемение языка, губ, подбородка, зубов, ограничение открывания рта, отек десны в области лечения, увеличении лимфатических узлов
-аллергические реакции и другие осложнения.

В случае осложненных операций возможны повреждения смежных зубов, вывих или переломы челюсти.

Врач разъяснил мне, что невозможно точно предсказать способность десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента.

Я согласен(а) на проведение метода анестезии, выбранного моим врачом.

Я согласен(а) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.

Я согласен(а) регулярно посещать моего врача для осмотра и профилактических процедур.

Я полностью осознал(а), что во время операции ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата и даю свое согласие на это.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Врач-стоматолог поставил мне следующий диагноз и обосновал необходимость данного вида лечения

Дата	Ф.И.О.врача	Диагноз	Подпись пациента