

ОБРАЗЕЦ

Информированное добровольное согласие на проведение ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 4,5,20,21,22, 23,27 ФЗ
№323 от 21.11.11г

*«Об охране здоровья граждан РФ», Законом о защите прав потребителей и действующими
законодательными актами.*

Я, _____,
являясь «Пациентом» или «Законным представителем» (Ф.И.О. несовершеннолетнего)
_____ добровольно обращаюсь в
стоматологическую клинику ООО «Стоматология Улыбка Тари» по поводу моего
заболевания/заболевания моего ребенка.

Я соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач стоматолог-хирург

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения. Я имел(а) возможность
задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я понимаю, что хирургическое лечение зубов является биологической процедурой, поэтому
осложнения оперативного лечения могут быть обусловлены и анатомо-физиологическими
особенностями моего организма, поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех, однако
гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применением им
качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик, и правил
СанПиН режима.

Отказ от лечения или частичного его выполнения может повлечь за собой: прогрессирующее
заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление или нарастание болевых ощущений,
потеря зуба, нарушение общего состояния организма. Альтернативными методами лечения являются:
отказ или отсутствие лечения как такового.

Я понимаю необходимость обязательного рентгенологического обследования врачом-хирургом
всей зубочелюстной системы перед хирургическим вмешательством, данная услуга осуществляется
по клиническим показаниям.

Врач стоматолог-хирург понятно объяснил мне все возможные осложнения вовремя и после
лечения:

При проведении анестезии возможно онемение или изменение чувствительности губ, языка,
десны, зубов, подбородка в течении нескольких часов, суток или недель, отек мягких тканей,
кровоизлияние в месте укола, аллергические реакции.

Дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей, кровотечение, после которого для
выздоровления может потребоваться несколько дней, повреждение соседних зубов и пломб во время
удаления, натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием.

В области верхней челюсти хирургическое лечение проводится в близости верхнечелюстной
(гайморовой) пазухи. При перфорации дна пазухи возможно проведение дополнительной операции,
ушивание дна, возможно воспалительное осложнение.

В области нижней челюсти хирургическое лечение проводится в близости к нижнечелюстному
каналу, что может вызвать компрессию нижнелуночного нерва, приводящее к онемению или
подергиванию губы, онемению подбородка, десен, зубов, языка на оперированном участке (это может
продлиться несколько месяцев или остаться постоянным).

Осложнения хирургического лечения обусловлены наличием уже имеющегося хронического или
острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты различной
этиологии, периодонтит, периостит и др.

Возможно оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти, чтобы не проводить обширную
операцию. Вывих или подвывих нижней челюсти, перелом челюсти, ограничение открывания рта
(тризм) в течение нескольких дней или недель, инфекция требующая дополнительного лечения.

После удаления зуба мне предложен альтернативный способ протезирования на имплантатах.

Я осведомлен о возможных осложнениях при приеме анальгетиков и антибиотиков (в случае их
назначения): аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического баланса,
нарушение состава кишечной микрофлоры. Я указал в анкете анамнеза пациента о всех случаях
аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и в настоящее время, добросовестно ответил на

все вопросы, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Я понимаю, что для эффективности лечения могут понадобиться консультации или лечение других специалистов клиники, так и врачей общего медицинского профиля.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения, а также я согласен с возможным расширением объема лечения и изменениями в процессе операции по показаниям. Я понимаю, что мне даны какие-либо гарантии или заверения и не буду иметь претензий в случае, если проведенное лечение не достигнет идеального результата.

Подписывая план хирургического лечения мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также все альтернативные варианты лечения, материалы, которые будут использованы в процессе лечения, один из которых был выбран мною с учетом моего желания и возможностей. Согласованы сроки проведения лечения.

Я осведомлен, что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта не прогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения после заживления раны, направленное на пластическое замещение костного дефекта.

Я осведомлен, что от меня зависит санитарно-гигиенический и медикаментозный режим перед и после оперативного лечения, а также щадящая диета и тщательная гигиена полости рта после операции.

Врач стоматолог-хирург объяснил мне, что на оказанные стоматологические услуги устанавливается гарантийный срок. Мне гарантируется устранение всех недостатков по выполненным работам, если они не вызваны чрезмерными физическими нагрузками, травмами, или являются следствием нарушения мной прямых указаний и рекомендаций врача. Условия гарантии не распространяются на имплантаты, при заболевании пародонта средней, тяжелой степени, при низком уровне резистентности тканей зубов.

Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы и получил исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился с настоящим информированным добровольным согласием на медицинское вмешательство и понимаю, что оно является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

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

Ф.И.О пациента / _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Ф.И.О врача / _____ / _____
(подпись) (расшифровка подписи)