

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства Удаление ретинированных, дистопированных зубов.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, _____ соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог _____

В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Диагноз: _____

2.2. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно (нужное добавить, ненужное вычеркнуть):

- заболевание кости; атрофия костной ткани; воспаление десны; подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления; патология височно-нижнечелюстного сустава; головные боли; иррадиирующие в шею сзади и в мышцы лица; утомляемость жевательных мышц.
- _____

2.3. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции.

2.4. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.5. Возможные осложнения в ходе и после операции (в редких случаях), а именно (ненужное вычеркнуть): боль, отек, инфекция или изменения цвета слизистой оболочки полости рта и десен; онемение губы, языка, подбородка, щеки и зубов; воспаление вен; повреждение имеющихся зубов; перелом кости; открытие гайморовой пазухи, отсроченное заживление десны, повреждение мягких тканей полости рта, языка.

3. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

4. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною *плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.*

5. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- получение ортопантомограммы, прицельного снимка, компьютерной томографии;
- консультация стоматолога (ов) иного профиля: _____
- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля: _____

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента: _____/_____