

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ /ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
ПОТРЕБИТЕЛЯ/ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОКАЗАНИИ
МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Я, _____,
дата рождения _____, зарегистрирован(а) по адресу: _____

в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **добровольное** согласие на хирургическое лечение в ООО «Зубная фея», проинформирован(а) лечащим врачом

_____ /ФИО/
о следующем:

Цель оказания услуги: создание благоприятных условия для выздоровления и (или) реабилитации пациента за счет внедрения в ткани организма.

Метод оказания услуги (действия, осуществляемые врачом):

- местное обезболивание;
- операция удаления зуба; кюретаж лунки
- периостотомия;
- наложение швов;
- использование антисептических, остеопластических средств;
- иссечение капюшона;
- цистэктомия, цистотомия;
- гемисекция;
- резекция верхушки корня.

Возможные иные варианты медицинского вмешательства:

- отказ от лечения как такового;
- проведение хирургического вмешательства под общим обезболиванием (по показаниям).

Последствиями отказа от медицинского вмешательства могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление и усиление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Я проинформирован(а) о том, что после удаления зуба потребуются лечение адентии.

Я полностью осознаю, что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата и даю свое согласие на это.

Для лечения могут понадобиться дополнительные обследования, а именно:

- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля;
- консультация у врача(ей)-стоматолога(ов) иного профиля;
- проведение обследования на аллергические реакции на используемые материалы;
- рентгенологические обследования.

Мне сообщено, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического обследования.

Неблагоприятные исходы (риски) оказания услуг.

Возможны осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей; кровоизлияние в месте укола; снижение внимания; аллергические реакции, обморок, коллапс, шок, летальный исход; онемение участков мягких тканей; - - -

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

Возможны осложнения в процессе лечения, а именно: дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; повреждение соседних зубов и пломб; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; повреждение нерва, приводящее к онемению или подергиванию губы, онемению подбородка, десен, зубов, языка в прооперированном участке (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным); перелом челюсти; открытие гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции; вывих или подвывих нижней челюсти;

