

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
пациента на удаление зуба**

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 – полностью)

как законный представитель _____
(Ф.И.О. ребенка, опекаемого - полностью)

был(а) проинформирован(а) лечащим врачом и понимаю цель и суть процедуры по удалению
зуба.

Я предварительно проинформирован(а), что перспективы и результаты медицинского вмешательства при имеющемся заболевании зависят при качественно оказанной помощи, от своевременности удаления и полноты удаления тканей зуба, размера травмы мягких и твердых тканей окружающих удаляемый зуб, общего состояния организма, индивидуальных анатомо-физиологических особенностей, выполнения рекомендаций врача, посещения врача для контрольного осмотра.

Я предупрежден(а) о возможных осложнениях, времени их развития и исчезновения, методах и результатах их коррекции: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений - альвеолита, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма, перелом зуба, соскальзывание наложенных щипцов с зуба, попадание осколка корня зуба в гайморову пазуху, перфорация гайморовой пазухи, откол части кортикальной пластинки альвеолярного ложа зуба, травматический отек, аллергические реакции на раствор анестетика, травма и/или удаление зачатка постоянного зуба. Время возникновения осложнений от немедленного до 1 месяца. Коррекция осложнений может потребовать дополнительного лечения.

Мне известно о методах реабилитации после проведения лечения, способствующие скорейшему выздоровлению: выполнение рекомендаций врача, посещение пациентом врача для контрольных осмотров в назначенное время.

Я сообщил(а) точные данные о своём физическом и душевном здоровье (моего ребенка). Кроме того, я сообщил(а) о всех имевших место аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья (моего ребенка).

Я предупрежден(а) о том, что последствиями отказа от данного хирургического вмешательства могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма и понимаю, что после удаления зуба потребуется лечение адентии.

Я предупрежден(а) об особенностях питания, режима, приема медикаментов, особенности проводимых методов диагностики и лечения: точное соблюдение рекомендаций врача после удаления зуба.

Мне известно, что медицинские услуги относятся к категории опасных для здоровья, также возможны аллергические реакции и связанные с ними осложнения. В случае необходимости я доверяю врачу расширить объем оказываемых услуг до необходимого для надлежащего оказания медицинских услуг или предотвращения вреда состоянию моего здоровья (моего ребенка).

Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.

Подпись пациента (закон представителя)

Фамилия (полностью), И.О.

“ ”

20 г.

Подпись врача

Фамилия (полностью), И.О.

“ ”

20 г.