ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ,
МЕСТНУЮ АНЕСТЕЗИЮ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
ООО « СЕМЕЙНЫЙ СТОМАТОЛОГ» г.Орел ул. Сурена Шаумяна 3

${doc:date} г.

Я, ${cbase:display_name} даю согласие на проведение хирургического лечения мне (моему ребенку)

Врач ${doc:party1_person_name} разъяснил мне суть предстоящих действий и проинформировал о возможных альтернативных методах лечения, осложнениях при отсутствии лечения и осложнениях в ходе предстоящего лечения.

Если в процессе вмешательства возникнут обстоятельства, требующие от доктора дополнительных манипуляций к перечисленным здесь, я доверяю доктору произвести их для получения наиболее благоприятного результата.

Я информирован(а) о том, что лекарственные средства и анестетики могут вызвать снижение реакции организма, ухудшение координации движения и согласен не управлять автомобилем самостоятельно в течение 2-х часов после вмешательства.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования для диагностики и контроля качества проведенного лечения и даю согласие на проведение такового.

Я информирован(а) о сложностях и рисках при инъекционной анестезии:
отечность мягких тканей, гематома в месте инъекции, аллергические реакции, сердцебиение, длительное онемение мягких тканей лица и языка, болезненность при открывании рта и других.

Я проинформировал(а) лечащего врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время, о наличии всех хронических заболеваний (информация занесена в амбулаторную карту), так как понимаю, что в процессе лечения возможен прием антибиотиков и обезболивающих препаратов.

Я понимаю, что исход любого заболевания в биологическом организме не предсказуем, существует риск ухудшения моего нынешнего состояния, несмотря на проведенное лечение, что может потребовать дальнейшего лечения в стационаре.

Мне разъяснено следующее:- существует риск, связанный с медицинским вмешательством, возможные осложнения в ходе и после операции (в редких случаях), а именно: боль, отек, возможно онемение губы, подбородка, языка, аллергические реакции, ограничение открывание рта, инфекция челюстно-лицевой области (абсцесс, флегмона), инфекция или изменения цвета слизистой оболочки полости рта и десен, что может потребовать дополнительного лечения;

- существуют возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно (помимо последствий, указанных в аннотации к соответствующему лекарственному средству):
- условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендаций по уходу за полостью рта и результатом полученной мною медицинской Услуги, выданных мне врачом.

Я имел(-а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(-а) на них исчерпывающие ответы, мое согласие является компетентным, добровольным, основанным на понятной для меня информации.

С прейскурантом цен на оказание услуг и условиями предоставления гарантийных обязательств ознакомлен(-а) и согласен(-а). ${doc:date} г.

Врач_____ ${doc:party1_person_name}

Пациент, законный представитель_____${doc:party2_person_name}

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ,
МЕСТНУЮ АНЕСТЕЗИЮ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Пациент ${cbase:display_name}

График проведенных приемов

Дата Приема	Зуб, Диагноз	Подпись Пациента

Образец документа «ООО СЕМЕЙНЫЙ СТОМАТОЛОГ»