

Информированное добровольное согласие на проведение вмешательства
(стоматология хирургическая)

Я, _____, проинформирован(а) врачом-стоматологом о состоянии моих зубов и необходимости хирургической операции, понимаю цель ее проведения.

Мне разъяснено, что последствиями отказа от данной операции могут быть прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Альтернативным методом лечения является отсутствие лечения.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры согласно предписаниям врача.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я проинформировал(а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время _____

Понимая сущность операции и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой операции. Я полагаю, что в моих интересах приступить к операции.

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) понятные мне ответы.

Я ознакомлен(а) с правилами гигиены и мероприятиями по уходу за полостью рта, в том числе после удаления зуба, с применяемыми материалами, с диагнозом, со стоимостью услуги (на платном приеме).

Я внимательно прочитал(а) данное Приложение и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Содержание его мне понятно и дополнительно разъяснено врачом. Я проинформирован(а) об обработке персональных данных в установленном законом порядке.

Сознавая вышеизложенное, я добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства при проведении хирургической операции, а также на использование и обработку моих персональных данных по существующим технологиям обработки документов в медико-профилактических целях.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью медицинской карты и является собственностью стоматологического кабинета.

Врач _____

Подпись пациента _____

Дата « ____ » _____ 20__ г