

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО  
ВМЕШАТЕЛЬСТВА**  
Хирургическое лечение

Я, гр.

«Пациент»,

\_\_\_\_\_ (ФИО полностью)

либо Законный представитель пациента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ФИО полностью ребенка)

в соответствии с требованиями статьи 20 ФЗ от 21.01.2011 г. № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство:

\_\_\_\_\_ осущестляемое врачом - стоматологом \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ФИО)

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

1.1. Диагноз \_\_\_\_\_

1.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения;

1.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения;

1.4. Допустимость коррекции намеченного плана и технологий лечения в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе его проведения, о чем меня уведомит врач;

1.5. Возможные альтернативные варианты, а именно: \_\_\_\_\_

**1.6. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно (ненужное вычеркнуть):** прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление, либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; нарушения общего состояния организма.

**1.7. Возможные (в некоторых случаях) осложнения на этапах и после лечения, а именно (ненужное вычеркнуть, нужно дописать).**

— Под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции;

— Последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного и иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры;

— В процессе лечения: 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 оперированном участке (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным); перелом челюсти, открытие гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции; вывих или подвывих челюсти;

— После лечения: инфекция, требующая дополнительное лечение, ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель; оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти, чтобы не проводить обширную операцию.

**2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.**

**3. Мне названы и со мной согласованы:**

— Технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;

— Сроки проведения лечения.

**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 подчеркнуть, ненужное вычеркнуть).

➤ Получение ортопантограммы, прицельного плечного снимка, прицельного компьютерного снимка;

➤ Консультация стоматолога(ов) иного профиля \_\_\_\_\_

➤ Консультация у врача(ей) общего медицинского профиля: \_\_\_\_\_

**7. Я согласен на анестезию** \_\_\_\_\_

Аллергических реакций на данный препарат у меня не имеется. Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я внимательно ознакомился (ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Я разрешаю передать информацию о моем нахождении на лечении и состоянии моего здоровья следующим лицам:

\_\_\_\_\_ .

Я также даю согласие на обработку и передачу персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1, 3. ст., ст. 11 Федерального закона «152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью пациента или законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО врача)

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

Дата: « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

**Примечание:** при приеме лиц до **18 лет** (детей) обязательно подписывается родителем или иным законным представителем.