

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА
ПРОВЕДЕНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
НА ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЕ**

Я, **<КЛИЕНТ_ПЛАТ>**,

действуя в интересах **<КЛИЕНТ_ФИО>** **<КЛИЕНТ_ДАТА_РОЖДЕНИЯ>**г.р.
уполномочиваю врача-стоматолога-хирурга провести оперативное лечение.

Этот документ содержит также необходимую для меня информацию для ознакомления с предлагаемым лечением и возможностью для меня отказаться от предлагаемого лечения, либо дать согласие на проведение данного лечения.

Доктор указал на необходимость лечения заболевания и профессиональную гигиену полости рта. Последствием отказа от данного лечения могут быть: прогрессирование заболевания; развитие осложнений; появление, либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба, а также общие осложнения в организме.

Альтернативными методами лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов); отсутствие лечения как такового.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с доктором и записанному в истории болезни).

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

Я проинформировал(а) доктора обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. Я подтверждаю, что в Анкете анамнеза назвал(а) все известные имеющиеся болезни, недуги и состояния Пациента в интересах которого я действую. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии здоровья.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии или заверения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я предупрежден(а) о возможных болевых ощущениях во время и после лечения.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента _____ / **<КЛИЕНТ_ПЛАТ>**/

Подпись врача _____ / _____ / Дата « ____ » _____ 201__ г.