

Информированное добровольное согласие на проведение удаления молочного зуба

Я, <КЛИЕНТ_ПЛАТ>,

законный представитель <КЛИЕНТ_ФИО> <КЛИЕНТ_ДАТА_РОЖДЕНИЯ> г.р.
проинформирован(а) врачом-стоматологом о состоянии зубов и необходимости хирургической операции, понимаю цель её 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.

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приёме 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 (сна) 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 интересующими меня вопросы.

Я ознакомлен(а) с правилами гигиены и мероприятиями по уходу за полостью рта, в том числе, после удаления зуба с применяемыми материалами, с диагнозом и планом лечения, с прейскурантом.

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.

Сознавая вышеизложенное, я добровольно даю согласие на необходимые медицинские вмешательства при проведении хирургической операции.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью медицинской карты.

Подпись пациента _____ / <КЛИЕНТ_ПЛАТ> /

Дата « ____ » _____ 20 ____ г

Подпись доктора _____ / _____ /

Дата « ____ » _____ 20 ____ г