

ООО Стоматологическая клиника «Дентал класс»
Информированное согласие на проведение хирургического лечения

Этот документ составлен в соответствии с Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ и Федеральным законом «О защите прав потребителей» от 07.02.1992г. № 2300-1

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен(а) с назначенными мне условиями его лечения.

Я, соглашаюсь на хирургическое лечение в ООО Стоматологическая клиника «Дентал класс».

В исключительных случаях (например, болезнь врача) мне могут заменить врача, предварительно уведомить меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация по сути лечения.

Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения.

Индивидуальный рекомендованный план лечения.

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

Возможные альтернативные варианты, а именно – отказ от лечения.

Возможны 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.

Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола; снижения внимания; аллергические реакции.

Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения), а именно: аллергические реакции; изменение витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

Возможны осложнения в процессе лечения, а именно: 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, десны, зубов, языка в оперированном участке (это может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным); перелом челюсти; открытие гайморовой пазухи, что потребует проведение дополнительной операции; вывих или подвывих нижней челюсти.

Подпись пациента _____ / _____ /

Подпись врача _____ / _____ /

«__» _____ 201__ г.