



Приложение № _____
к медицинской карте N2 _____
от « ____ » _____ 20__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА на стоматологическое хирургическое вмешательство

Я, _____
« ____ » _____ г. рождения, паспорт _____, выдан « ____ » _____ г.

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, _____,
« ____ » _____ г. рождения, паспорт _____, выдан « ____ » _____ г.

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

в соответствии с п.п. 7, 8 статьи 20 Федерального закона Российской Федерации «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ и Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23 апреля 2012 г. № 390н, настоящим уполномочиваю врача-стоматолога _____ провести хирургическую операцию _____, удаление _____ зуба (ов).

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился (-лась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Врач поставил мне следующий диагноз: _____

и обосновал необходимость хирургической операции (удаления зуба).

Последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, нарастание болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Альтернативным методом лечения является отсутствие лечения.

Мне объяснен в понятной форме основной план лечения, а также сопутствующие явления планируемого лечения, включая временные боль, неудобство, припухлость, а также возможные осложнения, связанные с индивидуальными особенностями моей анатомии (перфорация гайморовой пазухи, онемение губы, подбородка, языка, кровотечение). Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области. Понимая сущность операции и уникальность собственного организма, я согласен(на) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой операции, заживляющие способности десны и костной ткани после операции.

Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии моего здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения консервативного лечения, в котором я буду нуждаться, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Я проинформировал (-а) врача _____
обо всех случаях аллергии в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мое согласие также дано на осуществление местной анестезии, и это после того, что мне ясны и понятны риск и осложнения, связанные с местной анестезией, включая временные ограничения открывания рта, а также аллергические реакции на используемые и назначенные лекарства.

Я одобряю возможные изменения в плане лечения, применяемых материалах, или послеоперационном уходе, если они направлены для лучшего удовлетворения моих интересов. При проведении операции под седацией я доверяю врачу _____
принять соответствующее решение и выполнить действия, которые он (-а) сочтет необходимым для лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я внимательно ознакомился сданным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью болезни.

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента / законного представителя _____ / _____

Расписался в моем присутствии: Врач _____ (должность, И.О. Фамилия / подпись)

_____ / _____

ПРИМЕЧАНИЕ:

В соответствии со ст. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста.