



ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение хирургического стоматологического лечения несовершеннолетнего

Я, нижеподписавшийся/-ая _____
(Ф.И.О. гражданина)

являясь законным представителем несовершеннолетнего: _____

(Ф.И.О. несовершеннолетнего)

получил/-а подробные объяснения по поводу диагноза заболевания _____

Получил/-а информацию: об особенностях течения заболевания _____

вероятной длительности заболевания _____

о вероятном прогнозе _____

1. Мне разъяснено, что в данном случае хирургическое вмешательство _____
является единственным методом лечения. С предложенным планом лечения _____
(согласен / не согласен)

2. Мне разъяснено, что только во время оперативного вмешательства может быть определен объем операции

3. Мне разъяснено о возможных негативных последствиях в случае отказа от хирургического лечения:
прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых
ощущений, нарушение общего состояния.

4. Мне разъяснено, что в ряде конкретных случаев медицинское вмешательство без анестезии невозможно.
Альтернативой является отказ от лечения. Мне разъяснено, что применение местной анестезии может привести к
аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации
нервных окончаний и сосудов, проявляющимися потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъек-
ционными гематомами.

5. Мне разъяснены возможные типичные осложнения после оперативного вмешательства в процессе лечения:
дискомфорт (чувство давления, ощущение хруста), боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей, кровотечение,
повреждение соседних зубов, пломб, перелом челюсти, альвеолярного отростка, открытие гайморовой пазухи, что
потребуется дополнительного вмешательства, вывих или подвывих нижней челюсти.
После лечения: повреждение нервов, приводящее к онемению губы, подбородка, десен, зубов, языка со стороны
оперативного вмешательства; инфекция, требующая дополнительного лечения; появление гематомы на коже и
слизистых оболочках; боли и дискомфорт в соседних зубах; затрудненное открывание рта в течение нескольких
дней; оставление небольшого кусочка корня зуба в челюсти,

6. Я проинформировал/-а обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в том числе об аллергиче-
ских проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, пищи, бытовой химии,
пыльцы цветов; обо всех перенесенных моим ребенком и известных мне травмах, операциях, заболеваниях,
анестезиологических пособиях.

7. Я проинформирован/-а, что в некоторых ситуациях может возникнуть необходимость направить пациента в
другое медицинское учреждение для получения дальнейшего лечения. При возникновении подобной ситуации
ООО «Он Клиник бэйби» не гарантирует оплату мед услуг в других лечебных учреждениях

8. Я получил/-а информацию и рекомендации по уходу за полостью рта в том числе и после проведенного лечения
Я подтверждаю, что текст данного информированного согласия мною прочитан, полученные объяснения меня
удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа и даю информированное добровольное согласие на
проведение лечения моему ребенку.

Законный представитель несовершеннолетнего _____ / _____
(подпись) (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

Лечащий врач _____ / _____
(подпись) (Ф.И.О. врача)

« _____ » _____ 20 ____ г.
(дата оформления)