

**Информированное добровольное согласие на оказание хирургической помощи  
(удаление зуба, иссечение капюшона зубов мудрости, вскрытие абсцесса)  
Врач-Пациент**

**Я \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р. уполномочиваю врача-стоматолога \_\_\_\_\_ провести мне лечение зубов.**

Я получил(а) необходимую для меня информацию с тем, чтобы дать согласие на проведение лечения, либо отказаться от него. Я ознакомлен(а) с наиболее рациональным планом лечения и проведения подготовительных мероприятий перед началом и в процессе лечения (в т.ч. необходимый объем рентгенологических обследований, снятие зубных отложений, физиопроцедуры).

Я получил(а) информацию о методах предлагаемого лечения, их достоинствах и недостатках, Меня так-же ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех. Врач понятно объяснил мне возможные осложнения, связанные со стоматологическим вмешательством, вплоть до летального исхода, а также:

- возникновение неотложных состояний, связанных с применением лекарственных средств, анестезии и т.д. вплоть до анафилактического шока.
- альвеолит, неврит, невралгия, остеомиелит, перелом альвеолярного отростка, перфорация дна пазухи, гайморит, попадание корня в гайморову пазуху, появление отека мягких тканей полости рта или увеличение имеющегося отека после вмешательства, гематома, травмы слизистой полости рта, ощущение дискомфорта несколько дней, онемение языка, губ, подбородка, зубов, ограничение открывания рта и т.д.

Я понимаю, что это лечение является вмешательством в биологический организм, в котором все процессы протекают индивидуально, и что любая медицинская операция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, возможны отклонения от утвержденного плана лечения в виде. внеплановых манипуляций и изменения срока лечения.

Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача в течение лечения и по его окончании через \_\_\_ месяцев. Я понимаю значение гигиены полости рта и обязуюсь выполнять все назначения.

Мне были объяснены возможные благоприятные и неблагоприятные исходы моего лечения.

Я понимаю, что прием лекарственных средств без назначения лечащего врача, а также алкоголь, наркотические вещества, курение могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления, уменьшить вероятность успеха лечения. Я обязан(а) ознакомить лечащего врача со своими сопутствующими заболеваниями, перечислить медикаменты, которые принимаю.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и приложением к договору оказания платных медицинских услуг, правилам оказания платных услуг, истории болезни.

Полученная информация о характере оказываемой услуги мне понятна, я даю добровольное информированное согласие на проведение предложенного лечения, метода местной анестезии, выбранного совместно с лечащим врачом с рентген обследованием до, во время и после лечения, физиолечением, подписи ставлю осознанно.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Ф.И.О. Дата \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_ Ф.И.О. Дата \_\_\_\_\_