Добровольное информированное согласие пациента на хирургическое лечение в ООО «Стоматология на Игримской»

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 4,5,20,21,22,23,27 ФЗ №323 от 21.11.11г «Об охране здоровья граждан Российской Федерации», с Законом о защите прав потребителей, ФЗ №326 от 29.11.10г. и действующими законодательными актами.

Я, _____

Проинформирован(-а) о том, что мне на основании проведённого осмотра, рентгенологического обследования, в соответствии с установленным диагнозом, необходимо провести хирургическое вмешательство в челюстно-лицевой области:

_____

Я согласен(-а), что вмешательство проводит врач-стоматолог-хирург, я доверяю квалификации врача.

Я подтверждаю достоверность предоставленной врачу информации о состоянии моего здоровья, наличии заболеваний и аллергических реакций.

Мне разъяснены и полностью понятны методы обезболивания, действия анестетиков, возможные осложнения от анестезии, такие как:

- отсутствие обезболивающего эффекта;
- временное (от нескольких часов до нескольких суток) онемение слизистой полости рта, языка, губ;
- отёк мягких тканей;
- кровоизлияние в месте укола;
- развитие аллергических реакций.

Мне разъяснены и полностью понятны основные этапы предстоящего хирургического вмешательства, продолжительность реабилитационного периода.

Я понимаю и согласен(-а), что допускается коррекция намеченного плана, технологий, сроков лечения и количества посещений в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе вмешательства, о чём врач уведомит меня дополнительно.

Мне предоставлена и полностью понятна информация о возможных исходах лечения, о возникновении непредвиденных осложнений во время хирургического вмешательства, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней, таких как:

- дискомфорт;

_____

Добровольное информированное согласие пациента на хирургическое лечение в ООО «Стоматология на Игримской»

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 4,5,20,21,22,23,27 ФЗ №323 от 21.11.11г «Об охране здоровья граждан Российской Федерации», с Законом о защите прав потребителей, ФЗ №326 от 29.11.10г. и действующими законодательными актами.

Я, _____

Проинформирован(-а) о том, что мне на основании проведённого осмотра, рентгенологического обследования, в соответствии с установленным диагнозом, необходимо провести хирургическое вмешательство в челюстно-лицевой области:

_____

_

Я согласен(-а), что вмешательство проводит врач-стоматолог-хирург, я доверяю квалификации врача.

Я подтверждаю достоверность предоставленной врачу информации о состоянии моего здоровья, наличии заболеваний и аллергических реакций.

Мне разъяснены и полностью понятны методы обезболивания, действия анестетиков, возможные осложнения от анестезии, такие как:

- отсутствие обезболивающего эффекта;
- временное (от нескольких часов до нескольких суток) онемение слизистой полости рта, языка, губ;
- отёк мягких тканей;
- кровоизлияние в месте укола;
- развитие аллергических реакций.

Мне разъяснены и полностью понятны основные этапы предстоящего хирургического вмешательства, продолжительность реабилитационного периода.

Я понимаю и согласен(-а), что допускается коррекция намеченного плана, технологий, сроков лечения и количества посещений в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе вмешательства, о чём врач уведомит меня дополнительно.

Мне предоставлена и полностью понятна информация о возможных исходах лечения, о возникновении непредвиденных осложнений во время хирургического вмешательства, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней, таких как:

- дискомфорт;

- боль;
- отёк (припухлость) десны и мягких тканей;
- кровотечение;
- повреждение нерва в оперированном участке, приводящее к онемению или подёргиванию губы; онемению подбородка, дёсен, языка (это чувство может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным).
- перелом челюсти; возникновение сообщения с Гайморовой пазухой, что потребует проведения дополнительной операции.
- вывих или подвывих нижней челюсти.
- после лечения: присоединение инфекции, требующей дополнительного лечения; ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель; оставшийся небольшой фрагмент корня зуба в челюсти, чтобы не проводить обширную операцию.

Я осознаю, что невозможно предсказать течение реабилитационного периода и длительность лечения. Мне разъяснено, что при неблагоприятном течении воспалительного процесса возможно продолжение лечения в стационаре.

Мне известно, что предполагаемое лечение отнесено к категории "опасных" и что несоблюдение лечебных назначений и рекомендаций врача ухудшит течение заболевания и негативно повлияет на результат лечения.

Я предупреждён(-а) о негативных последствиях, которые могут возникнуть при отказе от предложенного лечения, таких как:

- прогрессирование заболевания;
- развитие инфекционных осложнений;
- появление либо нарастание болевых ощущений;
- нарушение общего состояния здоровья.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено врачом, оно полностью мне понятно.
Я даю согласие на лечение на предложенных условиях, что я и удостоверяю своей подписью.

Врач: _____/ **Пациент:** _____/_____ /
(ФИО) (подпись)

Дата «__ __ _» _____ 20_ __г.

- боль;
- отёк (припухлость) десны и мягких тканей;
- кровотечение;
- повреждение нерва в оперированном участке, приводящее к онемению или подёргиванию губы; онемению подбородка, дёсен, языка (это чувство может продлиться несколько месяцев или остаться постоянным).
- перелом челюсти; возникновение сообщения с Гайморовой пазухой, что потребует проведения дополнительной операции.
- вывих или подвывих нижней челюсти.
- после лечения: присоединение инфекции, требующей дополнительного лечения; ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель; оставшийся небольшой фрагмент корня зуба в челюсти, чтобы не проводить обширную операцию.

Я осознаю, что невозможно предсказать течение реабилитационного периода и длительность лечения. Мне разъяснено, что при неблагоприятном течении воспалительного процесса возможно продолжение лечения в стационаре.

Мне известно, что предполагаемое лечение отнесено к категории "опасных" и что несоблюдение лечебных назначений и рекомендаций врача ухудшит течение заболевания и негативно повлияет на результат лечения.

Я предупреждён(-а) о негативных последствиях, которые могут возникнуть при отказе от предложенного лечения, таких как:

- прогрессирование заболевания;
- развитие инфекционных осложнений;
- появление либо нарастание болевых ощущений;
- нарушение общего состояния здоровья.

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено врачом, оно полностью мне понятно.
Я даю согласие на лечение на предложенных условиях, что я и удостоверяю своей подписью.

Врач: _____/ **Пациент:** _____/_____ /
(ФИО) (подпись)

Дата «__ __ _» _____ 20_ __г.