

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы
«Стоматологическая поликлиника № 53 Департамента здравоохранения города Москвы»

**Добровольное информированное согласие пациента
на стоматологическую операцию**

от _____ 20__ г.

Цель данного документа – представить пациенту/представителю пациента до подтверждения им согласия на операцию полную информацию об особенностях послеоперационного периода и осложнениях, которые могут возникнуть при данном виде лечения.

(Фамилия, имя, отчество пациента/представителя пациента)

уполномочиваю врача _____
и его ассистентов выполнить мне/представляемому мною пациенту (нужное подчеркнуть) стоматологическую хирургическую операцию:

Содержание и результаты операции, возможные опасности, а так же возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены врачом, и я их полностью понял(а).

Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения об особенностях послеоперационного периода:

1. Я предупреждён (на), что после операции возможно развитие отёка и изменение цвета кожи челюстно-лицевой области. В некоторых, редких случаях изменения кожи сохраняются на длительный срок (несколько дней).

2. Я предупреждён(на), что: после операции могут появиться онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов.

3. Я предупреждён(на), что возможно нагноение раны, кровотечение, тромбоз, тромбоз, повреждение имеющихся зубов, перелом кости, пенетрация верхнечелюстной пазухи и нижнечелюстного канала, отсроченное заживление, аллергические реакции на используемые лекарства и материалы.

4. Я понимаю, что хирургия – это не точная наука, и не может 100% гарантировать получение желаемого результата.

5. Я согласен(на) на тип анестезии и рентген диагностику по выбору моего доктора.

6. Я полностью понимаю, что продолжительность лечения не может быть определена точно или может измениться; что во время и после процедуры, операции и лечения, состояние в полости рта и общее состояние здоровья может измениться, и тогда, по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия. Я разрешаю любые изменения дизайна, материалов или ухода, если они будут сделаны для моего собственного блага/для блага представляемого мною пациента (нужное подчеркнуть).

7. Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением в моем внешнем виде/во внешнем виде представляемого мною пациента (нужное подчеркнуть), субъективна, поэтому чисто эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может быть основанием для предъявления претензий.

8. Я согласен(на) не управлять автомобилем и не работать с другими опасными аппаратами, по меньшей мере, ближайшие 24 часа после операции, до полного восстановления моего состояния, после использования лекарственных средств.

9. Я сообщил(а) точные данные о своём физическом и душевном здоровье/о здоровье представляемого мною пациента (нужное подчеркнуть). Кроме того, я сообщил(а) обо всех имевших место аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья/здоровья представляемого мною пациента (нужное подчеркнуть).

10. Я сообщил(а) точные данные обо всех принимаемых мной/представляемым мною пациентом (нужное подчеркнуть) препаратах и их дозировке.

11. Я понимаю, что я ответственен(на) за оплату услуг, оказанных мне/представляемому мною пациенту в ГАУЗ «СП № 53 ДЗМ» в соответствии с прейскурантом, по факту их оказания.

12. Я внимательно ознакомился(лась) с данным согласием на хирургическое лечение, и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

13. Я ознакомлен(а) с приведенной выше информацией, я заверяю, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют, и что я полностью понимаю назначение данного документа и подтверждаю свое согласие на операцию.

14. Настоящее согласие дается мною на весь срок действия договора на весь перечень сопутствующих проведению стоматологической операции услуг, согласно утвержденной Министерством здравоохранения РФ номенклатуре медицинских услуг.

15. Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент в течение срока действия договора с помощью письменного волеизъявления подписанного пациентом.

Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.

Подпись пациента _____

**Подпись представителя
пациента** _____

Подпись медицинского работника
