

**Информационное добровольное согласие  
на проведение медицинского хирургического вмешательства.**

Я (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_,  
в соответствии с требованиями 323 - ФЗ от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан РФ» (ст.120), даю информированное согласие на проведение мне хирургического вмешательства, связанном с ними риске, а также последствиях отказа от медицинского лечения.

Я подтверждаю, что получил детальные разъяснения в устной форме о наличии стоматологического заболевания, включая сведения о результатах обследования, диагнозе и прогнозе, методах лечения, особенностями течения данного заболевания. Я ознакомлен с возможными альтернативными методами лечения. Я понимаю, что отказ от хирургического лечения может повлечь: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, обострение системных заболеваний организма и нарушение общего состояния здоровья. Я понимаю, что в процессе, до или после вмешательства, может возникнуть необходимость в рентгенологическом контроле.

Я осознаю риск, связанный с анестезией, которая может вызвать нарушение сознания и дыхания, дисфункцию мышц, судороги, сердцебиение, коллапс, повышение АД, отек и воспаление в месте инъекции, аллергические реакции, кровотечение, гематому, некроз тканей, потерю чувствительности языка, губ, неба, кожи лица и шеи.

Я знаю, что стоматология и хирургия не являются точной наукой, и поэтому врачи не могут полностью гарантировать результат планируемой операции и данная операция имеет определенную степень риска. Я понимаю, что мои ожидания могут не совпадать с итоговым результатом лечения. Я понимаю, что после операции могут возникнуть болевые ощущения, припухлость мягких тканей, повышение температуры тела, возможно онемение губы, языка, подбородка, ограничение открывания рта, кровотечение, воспаление десны и т.д. Я обязуюсь немедленно сообщать врачу о любых возникших осложнениях, ухудшении самочувствия.

Я согласен, в случае необходимости, на использование остеопластических материалов любого вида на усмотрение лечащего врача.

Я понимаю, что несоблюдение рекомендаций врача и режима лечения может повлиять на качество и сроки лечения, а также отрицательно сказаться на здоровье. Я обязуюсь следовать предписаниям лечащего врача, регулярно принимать назначенные препараты, своевременно являться на контрольные осмотры в назначенное доктором время.

Меня ознакомили с ценами на хирургическое лечение, которые мне разъяснены и понятны.

Я согласен/а, что во время обследования и операции ситуация может измениться, и доверяю врачу действовать согласно его решению.

Я осознаю ответственность за сохранение своего здоровья и обязуюсь соблюдать правила личной гигиены полости рта, а также являться для проведения профессиональной гигиены в сроки, назначенные врачом.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы.

**Беседу провел врач:** \_\_\_\_\_

/ \_\_\_\_\_ /

Ф.И.О. врача

**Подпись пациента:** \_\_\_\_\_

/ \_\_\_\_\_ /

(или законного представителя)

Ф.И.О.(полностью)