



ДИАМАНТ
групп

Информированное добровольное согласие на проведение хирургической операции

Я, _____
_____, действующий (-ая) от своего имени и в собственных интересах / в интересах _____

проинформирован (-а) лечащим врачом _____

о необходимости проведения хирургической операции, включающей в себя следующие медицинские стоматологические вмешательства (подчеркнуть нужные):

- дентальная имплантация;
- изменение объема костной ткани (синус-лифтинг, направленная костная регенерация и др.);
- латерализация (транспозиция) нижнечелюстного нерва;
- расщепление гребня альвеолярного отростка;
- пластика десны;
- удаление зуба/зубов;
- цистэктомия;
- удаление имплантата/имплантатов;
- удаление инородного тела;
- иные вмешательства (указываются лечащим врачом):

Необходимость в проведении хирургической операции вызвана диагнозом, установленным лечащим врачом и зафиксированным в стоматологической амбулаторной карте.

Хирургическое лечение имеет своей целью создание благоприятных условий для выздоровления и/или реабилитации за счет проведения вмешательств в ткани организма. Я проинформирован (-а) о преимуществах, сложностях и возможных рисках хирургической операции и осознаю вероятность осложнений после ее проведения. При этом я был (-а) проинформирован (-а) и о других способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я также был (-а) проинформирован (-а), что альтернативой хирургической операции является отсутствие либо отказ от лечения.

Мне известно, что до начала лечения я имею право отказаться от проведения хирургической операции. Последствиями отказа от хирургической операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие осложнений, появление либо продолжение болевых ощущений, а также обострение иных системных заболеваний организма. Я проинформирован (-а), что отказ от проведения хирургической операции оформляется в письменной форме.

Я проинформирован (-а), что основные осложнения оперативного стоматологического

лечения могут быть обусловлены индивидуальными анатомически-физиологическими особенностями организма. Я проинформирован (-а), что после проведения хирургической операции могут возникнуть следующие осложнения: изменение температуры тела, воспалительные процессы, отеки, онемение частей лица и шеи, изменение цвета тканей и кожных покровов, формирование рубцов, ограниченное открывание рта, отторжение имплантата, костного материала и др. Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области.

Я понимаю, что послеоперационный реабилитационный процесс строго индивидуален по длительности и характеру течения. Я осведомлен (-а), что итоги хирургической операции непрогнозируемы и существует вероятность повторного обращения за медицинской помощью в стоматологии. Вместе с тем мне гарантировано проведение лечения специалистами соответствующих квалификаций, с применением качественных материалов и инструментов, с соблюдением разрешенных методик лечения и правил санитарно-эпидемиологического режима. Я осведомлен (-а), что лечащий врач сделает все от него зависящее для уменьшения послеоперационных рисков. Мне известно, что в ходе хирургической операции будет применено обезболивание (анестезия), выбор которого производится лечащим врачом с учетом особенностей организма

Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение либо отказ от запланированного объема). Мне понятен предлагаемый план лечения, а также я согласен (-а) с возможным его изменением в процессе проведения хирургической операции по показаниям.

Лечащий врач предоставил мне информацию о рекомендациях после хирургической операции, включая сведения о режиме питания и возможных ограничениях в приеме пищи и питья; о гигиеническом уходе за полостью рта; о возможных временных ограничениях в совершении некоторых действий (например, управление транспортным средством); о необходимости в приеме лекарственных средств; о необходимости и сроках рентгенологического контроля качества лечения; о необходимости явок на очные контрольные осмотры по назначенному и зафиксированному в стоматологической амбулаторной карте графику.

Я подтверждаю, что сообщил (-а) лечащему врачу сведения о состоянии здоровья, о наличии в настоящем и прошлом всех известных мне диагнозов. Я подтверждаю, что добросовестно ответил (-а) на все поставленные лечащим врачом вопросы касательно состояния здоровья, не скрыв никакой информации.

Я подтверждаю, что имел (-а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил (-а) ответы на них в понятной форме. Я ознакомлен (-а) с настоящим информированным добровольным согласием и понимаю юридическую значимость данного документа, что влечет правовые последствия.

Я понимаю, что настоящее информированное добровольное согласие является неотъемлемой частью Публичного договора на оказание медицинских стоматологических услуг ООО «ДиамантГрупп»..

Я подтверждаю свое согласие на проведение хирургической операции и принимаю решение о начале лечения.

Настоящее информированное добровольное согласие составлено _____ года в_часов_минут.

Лечащий врач

Пациент / законный представитель
пациента

Ф.И.О.

Ф.И.О.