

**Информированное добровольное согласие
на проведение медицинского вмешательства в ООО «Дента Арт»
Хирургическое лечение**

Я, нижеподписавшийся(аяся), _____

Законный представитель _____
даю информированное добровольное согласие на предложенное мне (лицу, чьим законным представителем я являюсь)

медицинское вмешательство Хирургическое лечение (_____)
(наименование вида медицинского вмешательства)

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

1. Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья(здоровья лица, законным представителем которого я являюсь), о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.
2. Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях и методах хирургического лечения (_____),
объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.
3. Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.
4. Решения о проведении хирургического лечения (_____)
принимает пациент или его законный представитель. Пациент (законный представитель) может отказаться от проведения лечения.
5. Я проинформирован(а), что последствиями отказа от лечения могут быть: развитие инфекционных осложнений; появление и нарастание болевых ощущений, а также системные проявления заболеваний зубов и полости рта
6. Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства:
- основные осложнения оперативного лечения обусловлены, в первую очередь, анатомо-физиологическими особенностями организма. Хирургическое лечение (_____)
в области верхней челюсти проводится при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области. При хирургических вмешательствах в области нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти. Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.).
7. Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс, строго индивидуален по длительности и характеру лечения. Может возникнуть отечность десны, онемения, в области проведенной операции или лица после хирургического вмешательства; тризм (ограниченное открывание рта), которые могут быть в течение несколько дней и дольше.
8. Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации костного послеоперационного дефекта непрогнозируемое и может привести к необходимости нового оперативного вмешательства, направленного на пластическое замещение костного дефекта.
9. Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.
10. Я проинформирован(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.
11. Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных (пресональных данных лица, законным представителем которого я являюсь), в объеме и способами, указанными в п.1., 3. ст. 3., ст. 11 Федерального закона №152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на хирургическое лечение (_____) мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я _____ принимаю _____ решение _____ осуществить _____ хирургическое _____ лечение _____
(_____) на предложенных мне условиях.

Подпись пациента

(законного представителя) / _____ / Дата « _____ » _____ 201__ г.

(ФИО, подпись)