

Информированное добровольное согласие на хирургическое вмешательство

стр. 1 (из 1)

Пожалуйста, внимательно прочитайте каждый пункт и задайте врачу необходимые вопросы, прежде чем поставить свою подпись.

_____(ФИО полностью),

1. Я информирован(а) об имеющихся у меня заболеваниях полости рта, требующих хирургического вмешательства.

2. Мне известен предварительный диагноз, а также объём (план) необходимого хирургического лечения.

3. Я ознакомлен(а) с прейскурантом цен.

4. Я предупрежден(а) о том, что при хирургическом вмешательстве неизбежно происходит причинение некоторых физических и нравственных страданий.

5. Меня предупредили, что в силу индивидуальных особенностей человеческого организма существует определённый риск и возможность непредвиденных осложнений при хирургическом вмешательстве, некоторые из которых могут быть серьёзными.

Я понимаю, что реакция каждого организма (и моего тоже) на медицинское вмешательство непредсказуема и индивидуальна, и различные осложнения вероятны. Я ознакомлен(а) с тем, какие могут возникнуть осложнения:

а) Лицевая и челюстная припухлость, возникновение гематомы и изменение цвета кожных покровов в области челюстей, глаз и носа, длящиеся обычно несколько дней;

б) Болевые ощущения, которые могут сохраняться до нескольких дней;

с) Может произойти некоторая потеря чувствительности или появиться ощущение онемения в области подбородка, губ, десен, языка, зубов, которые могут продлиться от нескольких дней до нескольких месяцев;

д) Кровотечение в момент и после хирургического вмешательства;

е) При обезболивании, в зависимости от индивидуального расположения — повреждение нервно-сосудистого пучка;

ф) При удалении зуба — перелом корня;

г) При удалении жевательных зубов верхней челюсти и низко расположенном дне гайморовой пазухи — попадание в нее корня зуба;

h) Воспаление лунки;

i) Рецидив хронических заболеваний;

j) Аллергическая реакция на медикаменты, обморок, анафилактическая реакция при проведении обезбоживания;

к) Как и в случае любого хирургического вмешательства, существует опасность послеоперационной инфекции.

6. Меня предупредили, что самые современные медицинские технологии не могут исключить вероятность вышеназванных побочных эффектов. Я понимаю, что при их возникновении поликлиника не несёт ответственности за наступившие осложнения.

7. Я подтверждаю, что меня ознакомили с инструкциями, которые необходимо выполнять после хирургического вмешательства.

Я подтверждаю, что мне предоставили возможность прочитать данный документ, и я ознакомлен с каждым его пунктом. Я добровольно и осознанно даю своё согласие на хирургическое вмешательство на вышеназванных условиях.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____