

Информированное добровольное согласие на операцию по удалению зуба

г. Москва

ДатаЗаключенияДоговора

Этот раздел бланка заполняется только в том случае, если от имени и в интересах пациента действует его представитель
Я, ЗаконныйПредставитель,
(Ф.И.О. представителя пациента)
выступаю от имени и в интересах представляемого мною Пациента
ФамилияИмяОтчествоПациента
(Ф.И.О. пациента)

настоящим подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме проинформирован(а) о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях имеющегося у меня (представляемого) заболевания _____

- К00** Нарушения развития и прорезывания зубов
- К01** Ретенированные и импактные зубы
- К04** Болезни пульпы и периапикальных тканей
- К05** Гингивит и болезни пародонта
- К07** Челюстно-лицевые аномалии [включая аномалии прикуса]
- К08** Другие изменения зубов и их опорного аппарата
- К10** Другие болезни челюстей

и, в связи с этим(и) заболеванием(и), о необходимости **проведения операции по удалению зуба(ов)**

Я также предупрежден(а) о том, что в случае отказа от удаления зуба(ов) возможно возникновение следующих осложнений заболевания: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений (остеомиелит челюсти; гнойное воспаление лица и шеи; острый сепсис и др.), появление или нарастание боли, обострение системных заболеваний организма, летальный исход. Также отказ от удаления может привести к усложнению и даже невозможности будущего ортопедического и ортодонтического лечения зубов.

Мне разъяснено и понятно, что операция по удалению зуба заключается в удалении зуба или его части из челюстной кости при помощи специальных, адаптированных для разных зубов и разных ситуаций в полости рта инструментов.

Альтернативными методами лечения являются: отсутствие лечения вообще.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях после проведенного медицинского вмешательства: удаление зуба не полностью, травма других зубов, появление или нарастание боли, кровотечение, осложнения воспалительного характера (альвеолит, остеомиелит и др), перфорация дна верхнечелюстной пазухи, проталкивание удаляемого зуба в мягкие ткани и полости, перелом челюстных костей, вывих нижней челюсти, травма нервов в области удаляемого зуба и, как следствие, онемение участка кожи лица и губ, которое может сохраняться 3-6 месяцев и более, аллергические реакции и иные неожиданные последствия и осложнения.

Также мне разъяснено, что даже при качественном лечении возможны болезненные ощущения первые 2-3 дня.

Мне разъяснено, что симптомами подобных осложнений после удаления зуба являются болевые ощущения в области удаленного зуба и что при их появлении после завершения лечения или любого из его этапов мне (представляемому) необходимо обратиться в клинику ООО «СТОМСТУДИЯ» для дополнительного обследования и консультации с врачами-специалистами в целях исключения описанных выше осложнений.

© Охраняется авторским правом

Исключительное право на распространение принадлежит ООО «ФАКУЛЬТЕТ МЕДИЦИНСКОГО ПРАВА»

Также я предупрежден(а) о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача в послеоперационный период.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) данного медицинского вмешательства врачом ООО «СТОМСТУДИЯ».

Беседу провел врач _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства
_____ (подпись)