

Приложение к медицинской карте № _____ от _____ 20 г.

Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства по лечению заболеваний пародонта

Я, (ФИО) _____,

обращаюсь в ООО СП «Евромед» для лечения заболевания (указать) _____

Я получил (а) подробное объяснение по поводу моего заболевания, осведомлен (а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время лечения и при проведении хирургической операции на пародонте, в т.ч.:

1. Возможность болевых ощущений в течение послеоперационного периода;
2. Возможность сохранения припухлости мягких тканей;
3. Возможность расхождения швов в послеоперационном периоде;
4. Повышение температуры тела и наличие общих симптомов интоксикации;
5. Ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;
6. Обнажение шеек зубов и изменение рельефа десневого края.

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме лекарственных средств.

Я проинформировал (а) врача о всех случаях аллергии к лекарственным и другим средствам в прошлом и в настоящее время, а также обо всех имеющихся у меня соматических заболеваниях (в т.ч. сахарный диабет, болезни щитовидной железы, повышенная кровоточивость и т.д.).

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения, а также возможный среднестатистический процент выздоровления (восстановления). Я согласен (на), что никто не может предсказать точный результат планируемой операции. Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я понимаю необходимость рентгенологического обследования и контроля качества лечения.

Я осознаю ответственность за сохранение своего здоровья и обязуюсь соблюдать правила личной гигиены полости рта, согласен (на) _____ раз в году являться на профилактические осмотры, а также для проведения профессиональной гигиены.

Я знаю, что в случае несоблюдения мною гигиены полости рта и в случаях неявки на профилактические осмотры, возможно ухудшение состояния пародонта, и понимаю, что при этом не имею права требовать возврата денежных средств, оплаченных мною за услуги по лечению.

Я обещаю в течение 24 часов после операции соблюдать полный покой; не работать и не управлять автомобилем, не жевать и не разговаривать.

Я доверяю врачам – стоматологам ООО СП «Евромед» и прошу провести лечение заболевания пародонта, в т.ч. хирургическую операцию на пародонте.

Я ознакомился (ась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

Дата _____

* Примечание: при приеме детей до 18 лет обязательно подписывается родителем или сопровождающим лицом.