

**Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства
(хирургического)**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 4, 5, 9, 10, 13, 20, 22, 23
ФЗ РФ от 21 ноября 2011 года № 3.2.3 «Об основах охраны здоровья граждан РФ»

Я, _____
(ФИО)

являюсь законным представителем несовершеннолетнего

_____ (ФИО, дата рождения)
обращаюсь в «ООО «СП «Евромед» для лечения заболевания и проинформирован (а) о
необходимости хирургической операции

Я получил (а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен (а) о
последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и о всех возможных
осложнениях, которые могут произойти во время хирургической операции и в послеоперационном
периоде, в т.ч.:

1. Возможность болевых ощущений в течение послеоперационного периода;
2. Возможность сохранения припухлости мягких тканей;
3. Повышение температуры тела и наличие общих симптомов интоксикации;
4. Ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов.

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

Я проинформировал (а) врача о всех случаях аллергии к лекарственным и другим средствам в прошлом и в настоящее время.

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 получил (а) полную информацию о гарантийных сроках, действующих в стоматологическом отделении ООО «СП «Евромед» и ознакомлен (а) со всеми требованиями, которые обязываюсь соблюдать. Я понимаю, что в случае их несоблюдения я лишаюсь права на гарантию.

Я доверяю врачу-стоматологу стоматологического отделения ООО «СП «Евромед» и согласен (на) провести хирургическое лечение.

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

Подпись пациент/ законного представителя _____

Дата _____

Подпись врача _____