

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ****(удаление зубов, имплантация, пластические операции на верхней и нижней челюсти)**

В соответствии со статьей 20 Федерального закона 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие.

Этот документ свидетельствует о том, что я, {ФамилияИмяОтчество}, информирован(а) о предстоящем хирургическом стоматологическом лечении, и что я согласен(на) с предложенными мне условиями его проведения.

Я соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач-стоматолог _____ и/или другой специалист, работающий вместе с ним. Я был(а) информирован(а) и понимаю цель хирургического стоматологического лечения. Я понимаю, что в зависимости от имеющихся у меня заболеваний в полости рта будут выбраны **ОДИН ИЛИ НЕСКОЛЬКО ВИДОВ ЛЕЧЕНИЯ** по медицинским показаниям последовательно в порядке быстрого достижения выздоровления (улучшения состояния).

Я информирован(а) и понимаю план предстоящей операции (лечения), возможные осложнения, а также рекомендации и назначения, которые я обязуюсь неукоснительно выполнять в послеоперационном периоде. На операцию (лечение) по предварительно согласованному со мной Плану согласен(на). Я информирован(а) и понимаю, что в моем случае при диагнозе K08.1 Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локальной периодонтальной болезни, K05.3 Хронический пародонтит, K04.5 Хронический периодонтит показано хирургическое лечение.

Я понимаю, что в процессе лечения допустимо уточнение диагноза и, соответственно, изменение предварительного плана лечения с целью быстрого достижения выздоровления. Я понимаю важность и необходимость выполнения индивидуального рекомендованного плана лечения с соблюдением сроков и этапности. Я был(а) информирован(а) о возможных альтернативных вариантах в ходе консультации при составлении плана, но принимаю решение следовать рекомендованному индивидуальному плану. Я осознаю возможные негативные последствия отказа от выполнения рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление, либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба; ухудшение общего состояния организма. Я информирован(а) и понимаю, что в ходе лечения возможны различные осложнения: под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола; снижение внимания; аллергические реакции; последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного и иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры; осложнения в процессе и после лечения, а именно: дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей, кровотечение, повреждение соседних зубов и пломб, травма уголков рта, повреждение нерва, приводящее к онемению губы, подбородка, десен, зубов, языка в зоне операции (это состояние может длиться несколько месяцев или остаться постоянным), перелом челюсти, открытие гайморовых пазухи, что потребует дополнительной операции, вывих или подвывих нижней челюсти; осложнения после лечения, а именно: инфекционный процесс, требующий дополнительного лечения, ограничение открывания рта в течение нескольких дней или недель, в исключительных случаях - оставление небольшого фрагмента корня зуба в челюсти. Я информирован(а) и понимаю, что в случае возникновения любых осложнений в послеоперационном периоде, я обязан(а) сразу обратиться в клинику, где проводилось лечение, по телефону или лично. Я информирован(а) и понимаю, всю информацию о гарантиях, связанных с хирургическим лечением. Я информирован(а), понимаю и со мной согласованы: – технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; – сроки проведения лечения; – стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. Я информирован(а) и понимаю, что условием эффективного лечения и достижения хорошего конечного результата является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Я информирован(а) и понимаю, что утрата зуба сопровождается некоторой **потерей прикрепленной десны**. Мероприятия по восстановлению адекватного объема прикрепленной десны заранее запланировать невозможно, поэтому может потребоваться коррекция местными или свободными трансплантатами, что **не входит в план лечения** и проводится после интеграции импланта перед протезированием.

Я внимательно ознакомился (ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты. На основании изложенного я добровольно, без всякого принуждения, принимаю осознанное решение приступить к лечению на предложенных условиях, в связи с чем даю добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах, я получил(ла) от лечащего врача в доступной, исчерпывающей и понятной мне форме. Информация, содержащаяся в данном документе, получена мной до момента начала лечения.

Так же я предупрежден о необходимости точного и тщательного выполнения рекомендаций врача после проведенного лечения. Я имел возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил на них удовлетворяющие меня ответы и на основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение о проведении данного медицинского вмешательства врачом клиники. Я понимаю, что общие заболевания, а также использование медикаментов могут влиять на ход и результат лечения и обязуюсь сообщить о них лечащему врачу. Я информирован(а) и понимаю, что в случае непредвиденного ухудшения состояния здоровья, связанного с общим заболеванием; при возникновении каких-либо осложнений, прямо или косвенно связанных с выполнением медицинских услуг, я должен(а) сразу предоставить об этом информацию в клинику.

Я понимаю и согласен(а) с тем, что в связи с индивидуальной анатомией и реакцией моего организма, возможно **расхождение с первоначально определенным планом лечения**, изменение видов манипуляций и, соответственно, изменение ранее оговоренной стоимости лечения как в большую, так и в меньшую сторону. В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, я даю согласие на изменение характера лечения, проведение срочных диагностических, лечебных и организационных мероприятий, направленных на немедленное устранение всех болезненных состояний независимо от степени их тяжести в рамках общепринятой медицинской практики.

Я информирован(а) и согласен(а) со стоимостью предложенного мне лечения.

Я удостоверяю своей подписью, что действительно полностью и внимательно прочел(а) и понял(а) содержание этого документа и даю согласие на хирургическое лечение с учетом вышеперечисленных обстоятельств.

{ТекущаяДатаПолная} _____ / _____
(ФИО пациента) (подпись)

Прочитано, понято и подписано Пациентом в моем присутствии _____ / _____
(ФИО сотрудника медицинской организации) (подпись)

Пациент согласился с проведением медицинского вмешательства _____ / _____
(ФИО сотрудника медицинской организации) (подпись)

Пациент отказался от проведения медицинского вмешательства _____ / _____
(ФИО сотрудника медицинской организации) (подпись)

О своих сопутствующих заболеваниях, операциях, травмах, ранее проводимом лечении, патологических состояниях в связи с введением и приемом лекарственных препаратов, а также другие сведения о состоянии своего здоровья указал(а) в анкете амбулаторной карты.

Дополнений и изменений к мед.анкете от «_____» _____ 20__ г. НЕТ Подпись пациента _____