



Клиника
Эффективной
Стоматологии

ООО "Клиника Эффективной стоматологии"
143030, Московская область, Одинцовский район,
село Успенское, дом 34, офисное помещение В1.

***Информированное добровольное согласие на медицинское
вмешательство.
Удаление зуба(зубов).***

Настоящее Положение разработано в соответствии с Гражданским кодексом РФ, Законом РФ «О защите прав потребителей» (в редакции Федерального Закона РФ № 2 — ФЗ от 09.01.96 г., Федерального Закона РФ от 17.12.99 г. № 212-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «О защите прав потребителей»), Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (утв. Постановлением Правительства РФ от 13.01.96 г. №27).

Я, _____,
(Ф. И. О. полностью)

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач –стоматолог

(Ф. И. О. лечащего врача)

В исключительных случаях (болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив моё согласие.

Мне сообщена, разъяснена врачом-стоматологом и понятна следующая информация о сути медицинского вмешательства удаление зуба(зубов).

Последствием отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Удаление зуба верхней челюсти проводится в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. При перфорации дна пазухи носа возможно воспалительное осложнение в этой области.

Удаление зубов нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу, возможно:

-Онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти.

-Развитие послеоперационных отеков и кровотечений.

Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического или острого патологического процесса челюстно-лицевой области, также могут включать в себя (в редких случаях):

- Временное ограниченное открывание рта.

- Повреждение имеющихся зубов.

- Переломы кости верхней и нижней челюсти.

Осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, направленных на сохранение зуба, их преимуществах и недостатках.

Информирован(а), что в ряде конкретных случаев удаление зуба является единственным способом лечения.

Соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях во время хирургической операции и в послеоперационном периоде возникают нижеперечисленные осложнения:

- ❖ Болевые ощущения в течение послеоперационного периода;
- ❖ Сохранение припухлости мягких тканей;
- ❖ Повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;
- ❖ Ограничение открывания рта,
- ❖ увеличение лимфатических узлов;

Мне понятно, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения, и дискомфорт послеоперационного состояния может быть в течении нескольких дней и более.

Осведомлен(а), что регенерация костного послеоперационного дефекта не прогнозируема и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Мне озвучены 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.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я внимательно ознакомился(ась) и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

« ____ » _____ 20 ____ года

/_____
Подпись

/_____
Ф. И. О. полностью

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал(а) ответы на все вопросы.

/_____
Подпись

/_____
Ф. И. О. врача