

**Информированное согласие пациента на
стоматологическое хирургическое вмешательство**

«__» _____ 20__ г

Пациент _____

Настоящий документ - это моё согласие, данное врачу ООО «Стоматолог» _____

на проведение мне следующего хирургического вмешательства _____

или других манипуляций, необходимых для осуществления запланированной операции. Суть предстоящих действий врача мне предварительно была объяснена. Меня информировали обо всех возможных альтернативных методах лечения.

Я согласен на проведение такой анестезии, какую сочтёт необходимой доктор и/или его коллеги и ассистенты для выполнения предложенного вмешательства.

Я уведомлён о том, что лекарственные средства и анестетики могут вызывать неясное сознание, дремотное состояние, снижение реакции, ухудшение координации движений, что также может усиливаться действием алкоголя или лекарственных средств. Я согласен не управлять автомобилем самостоятельно в течение 2-х часов после хирургического вмешательства.

Если в процессе операции возникнут обстоятельства, требующие от доктора принятия решения о проведении дополнительных манипуляций в дополнение к перечисленным здесь, я прошу и уполномочиваю доктора сделать то, что он сочтёт необходимым в такой ситуации.

Я понимаю, что исход любого заболевания в биологическом организме не предсказуем, какие меры по его излечению ни были бы приняты. Всегда существует риск неудачи, рецидива (повтора) заболевания, избирательного повторного лечения или даже ухудшения моего нынешнего состояния, несмотря на обеспеченное мне качественное лечение.

Я имел возможность обсудить с доктором мою предыдущую медицинскую историю, включая все серьёзные проблемы с моим здоровьем и/или травмы, повреждения и операции.

Я согласен тщательно выполнять рекомендации доктора в процессе проводимого лечения, понимая, что несоответствующее их выполнение чревато, по крайней мере, ухудшением возможного результата.

Своей подписью я заверяю, что прочёл и полностью понял все слова и выражения, касающиеся предложенной мне хирургической операции

Подпись пациента (или законного представителя) _____ / _____

Подпись врача _____ / _____

