

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на операцию по удалению зуба**

г. Москва

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г.

1. Я,Ф.И.О.

\_\_\_\_\_ (Фамилия, Имя, Отчество пациента)

получил(а) от врача \_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество врача)

всю интересующую меня информацию о предлагаемом лечении. Врач разъяснил преимущества и сложности этого и других методов лечения

2. Я был(а) проинформирован(а) о возможном риске и возможных осложнениях, сопутствующих подобным операциям, методам анестезии, приему лекарств. Они включают в себя:

- Боль, тошноту, отек, воспаление в послеоперационном периоде.
- Онемение языка, губ, подбородка, зубов.
- Нарушение целостности верхнечелюстной (гайморовых) пазух.
- Ограниченное открывание рта.
- Кровотечение.
- Аллергические реакции и другие последствия и осложнения. Точная продолжительность лечения не может быть предсказана и может меняться.

3. Я согласен(на) на проведение метода анестезии, выбранного моим врачом.

4. Я согласен(на) на любое рентгенологическое обследование, необходимое для моего лечения.

5. Я обязуюсь регулярно посещать своего врача для осмотра и профилактических процедур.

6. Я одобряю рекомендуемое лечение. Я полностью осознал(а), что во время операции ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата, Эти может потребовать дополнительной платы.

7. Я понимаю, что при появлении жалоб необходимо проконсультироваться с лечащим врачом.

8. Я получил(а) ответы на все вопросы и добровольно соглашаюсь на предложенное лечение.

Пациент Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Фамилия И. О пациента или законного представителя

\_\_\_\_\_ подпись

Врач \_\_\_\_\_

Фамилия И. О. лечащего врача

\_\_\_\_\_ подпись