

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКУЮ УСЛУГУ ПО ХИРУРГИИ

Настоящий документ содержит необходимую информацию, для того чтобы Потребитель имел возможность ознакомиться с предлагаемыми медицинскими услугами, дать согласие на их проведение либо отказаться от медицинских услуг.

В соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Потребитель, имеет право на информированное и добровольное согласие на лечение, в связи, с чем уполномочивает Исполнителя оказать платные медицинские услуги.

Потребитель информирован о результатах обследования, диагнозе, комплексном плане лечения, методах лечения и технологиях применяемых при выявленной патологии, а так же о методах лечения и технологиях которые исходя из возможностей Исполнителя, будут применены в данном конкретном случае. Потребитель информирован об особенностях, степенях риска и возможных осложнениях при проведении предложенного лечения, а так же о его последствиях, немедленных и отсроченных осложнениях перечисленных ниже и других возможных. Исполнитель установил Потребителю _____ диагноз _____ и указал на необходимость проведения хирургического лечения. **Отказ от лечения может повлечь за собой: прогрессирование заболевания, появление или нарастание болевых ощущений, развитие инфекционных осложнений, образование кисты, системные проявления заболевания. Альтернативой предложенному лечению является: отсутствие лечения как такового.**

- При проведении операции удаления зуба возможно возникновение инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, остеомиелит) обусловленных состоянием здоровья и уровнем резистентности Потребителя. Кроме того, возможны осложнения, обусловленные индивидуальным строением костей лицевого скелета (перфорация дна гайморовой пазухи, перелом).
- При проведении зубосохраняющих операций возможно возникновение инфекционных осложнений (абсцесс, флегмона, остеомиелит) обусловленных состоянием здоровья и уровнем резистентности Потребителя. Кроме того, возможны осложнения, обусловленные размером поражения и индивидуальным строением костей лицевого скелета (перфорация дна гайморовой пазухи, перелом). Исходом зубосохраняющей операции может быть восстановление нормальной костной ткани в области поражения либо рецидив заболевания. Зубосохраняющие операции не имеют 100 % гарантии успеха. В случае неудачи проведения зубосохраняющей операции может потребоваться удаление зуба.

Потребитель понимает необходимость рентгенологического контроля качества хирургического лечения зубов и в будущем и обязуется приходить на контрольные осмотры по согласованию с лечащим врачом.

Потребитель осведомлен о возможных осложнениях при проведении местной анестезии, а также при приеме анальгетиков, антибиотиков и других препаратов, назначаемых лечащим врачом в процессе лечения.

Потребитель обязан информировать лечащего врача обо всех случаях возникновения у него аллергической реакции на медицинские препараты.

Обязательства не распространяются на работы связанные с молочными зубами, при заболеваниях пародонта средней и тяжелой степени тяжести, при низком уровне гигиены, сниженной резистентности зубов.

Потребителю были разъяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Потребитель имел возможность задавать вопросы и получать ответы на все интересующие его вопросы.

Дата «__» _____ 201__ г.

Подпись Потребителя _____ / _____