

**ООО «Стомат плюс»**

**Добровольное информированное согласие  
на стоматологическое хирургическое лечение**

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона об охране здоровья граждан в Российской Федерации № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г.

Я \_\_\_\_\_ осведомлен, что указанное лечебное мероприятие должно проводиться под местной анестезией. Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергически реакциям, обмороку, коллапсу, шоку, травматизации нервных окончаний и сосудов, которая может проявляться парестезиями, парезами, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами.

Я информирован о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, его основных преимуществах, а так же о сложностях и рисках, включающих возможные осложнения. Такие осложнения могут быть обусловлены анатомическими и физиологическими особенностями человеческого организма. Так, при хирургическом лечении в области верхней челюсти при непосредственной близости к верхнечелюстной пазухе, возможна перфорация дна придаточной пазухи носа и связанное с этим возможное воспалительное осложнение в области верхнечелюстных вмешательствах вблизи нижнечелюстного канала.

возможно онемение языка, губ, подбородка, зубов.

Имеющиеся хронические, либо острые патологические процессы (остеомиелит, кисты и др.) могут привести к прорободению твердого неба, нижнечелюстного канала, дна полости носа и придаточной пазухи, переломом кости челюсти, флегитам и другим неожиданным последствиям.

Я осведомлен, что отсутствие регенерации (восстановления ткани) в области послеоперационного дефекта не прогнозируемо и не может привести к необходимости последующего этапа операционного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта. Мне ясно, что в некоторых случаях осложнения после зубосохраняющей операции приводят к удалению зуба даже при идеальном ее проведении. При этом я информирован о других способах лечения (если они существуют), их преимуществах и недостатках. Мне понятно, что только во время операции может быть окончательно определен объем требуемого хирургического вмешательства. Возможно, что после завершения хирургического лечения первоначальный план протезирования будет изменен.

На все поставленные вопросы я получил исчерпывающие ответы специалиста. Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, я также согласен с возможным расширением его объема и изменениями в процессе операции по показаниям. Я согласен на любое рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.

Я осведомлен о требуемом санитарно-гигиеническом и медикаментозном режиме до и после операции. Я обязуюсь выполнять все предписания врача и явиться на контрольные осмотры или назначенные процедуры в указанное время.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_