



Информированное согласие на ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я _____ уполномочиваю врача-стоматолога _____ провести оперативное вмешательство. Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(ась) с предлагаемым лечением и мог (могла) отказаться от него, либо дать своё согласие на проведение оперативного вмешательства.

- резекция верхушки корня;
- остеопластика;
- гингивотомия;
- вестибулопластика;
- пластика уздечки;
- удаление зуба №

Пародонтологические операции:

- кюретаж закрытый;
- кюретаж открытый;
- лоскутная операция (с применением остеопластических материалов).

Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии (появление отёков и ограниченность в движении нижней челюстью) и при приёме анальгетиков и антибиотиков.

Я проинформировал(а) доктора о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Мой врач внимательно осмотрел меня и разъяснил необходимость проведения данной операции.

Я был(а) предварительно проинформирован(а) о возможных осложнениях при любых хирургических операциях в полости рта.

Осложнения включают в себя: боль, воспаление в послеоперационном периоде, могут возникнуть «припухлость» (отёк) и «синяк» (гематома) в послеоперационной области, кровотечение, боли в рядом стоящих зубах, и другие неожиданные последствия и осложнения, не исключено длительное заживление послеоперационной области.

Понимаю, что курение и/или приём алкоголя могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления и уменьшить вероятность успеха лечения.

Я одобряю рекомендованное мне лечение, понимаю, что преимущества предлагаемого лечения значительно превышают возможные осложнения в случае отказа лечения.

Я согласен(а) регулярно посещать моего лечащего врача для контрольных осмотров и профилактических процедур.

Я добровольно соглашаюсь на предлагаемое мне лечение, подписываю этот документ и заверяю доктора, что не буду иметь претензий в случае, если проведенное лечение не достигнет идеального результата.

Я прочитал(а) этот документ и согласен(а) с его условиями.

Дополнительная информация

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

«___» _____ 20___ г.