Информированное добровольное согласие на <u>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ</u>

{ДатаОсмотра}

Уважаемые пациенты! Любое медицинское вмешательство обращено к достижению блага для здоровья. Именно в ИДС выражается то, на что рассчитывает получатель медицинской услуги и чем он готов поступиться ради этого в отношении своего здоровья. В информированном согласии получатель и исполнитель медицинской услуги согласуют как предполагаемое благо для здоровья, так и возможные негативные последствия, оправданные необходимостью достижения такого блага. Согласно ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 года № 323 любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение, допустимо только после получения врачом ИДС пациента в письменной форме.

Я, {ФамилияИмяОтчество}, в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие врачам ООО «Зубная мастерская Восьмерка» на ***проведение хирургического лечения*** заболевания, включая, при необходимости, рентгенологическое исследование и составление плана лечения. ИДС дается пациентом либо его законным представителем один раз при первичном обращении в медицинскую организацию и действительно в течении всего срока оказания услуг в медицинской организации. В исключительных случаях (например, болезнь врача) клиника вправе произвести замену врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

В исключительных случаях, клиника вправе произвести замену врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Я проинформирован(а) о необходимости проведения хирургической операции и понимаю цель, методы и средства ее проведения.

Последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление или усиление болевых ощущений, а также обострение имеющихся системных заболеваний организма. Альтернативного метода лечения не существует.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля эффективности проводимого лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, согласованному с лечащим врачом).

Меня проинформировали о необходимости проведения профгигиены и терапевтической санации полости рта перед операцией

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях повышенной чувствительности или непереносимости медикаментозных препаратов в прошлом, об аллергических реакциях в настоящее время.

Понимая сущность операции и уникальность собственного организма, я согласен(-на) с тем, что никто не может предсказать точный результат оперативного лечения и течение послеоперационного периода. Независимо от наличия определенных рисков и возникновения возможных осложнений я понимаю необходимость проведения данной операции и даю на нее свое согласие.

Мне были объяснены в простой и доступной форме все возможные исходы хирургического лечения. Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы. После тщательного анализа всех положительных и отрицательных сторон оперативного лечения, включая возможные осложнения и риски, я выражаю согласие на проведение хирургической операции. Я так же выражаю согласие на проведение дополнительных или альтернативных процедур, которые окажутся необходимыми, по мнению лечащего врача.

Я заверяю, что полностью прочитал, понял и согласен с данным документом и предложенным мне лечением. Я ознакомился с данным ИДС и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

ПАЦИЕНТ	ВРАЧ
ФИО {ФамилияИмяОтчество}	ФИО {ФамилияИОВрача}
_____	_____
подпись	подпись врача