

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма.

Я проинформирован(а) врачом об альтернативных методах медицинского вмешательства и выражаю согласие с предложенным планом лечения.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга может быть оказана по программе обязательного медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объеме и на условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС.

Мне объяснен в понятной и доступной форме основной план лечения.

Я информирован(а) о том, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру течения. Я информирован(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного хирургического вмешательства, которые обусловлены в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями организма: послеоперационный отек мягких тканей лица и шеи; гематома, кровотечение; ограничение открывания рта; онемение губы, подбородка, языка; перфорация дна гайморовой пазухи; аллергические реакции; либо обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области; прогрессирование заболевания, повышение температуры тела, появление симптомов общей интоксикации организма, увеличение лимфатических узлов; появление (усиление) болевых ощущений; обострение системных заболеваний организма; нарушение состава кишечной микрофлоры, связанное с приемом антибиотиков при их назначении.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех рекомендаций лечащего врача.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе аллергического характера, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/ здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме,

который определит лечащий врач. Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении первоначального плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в лечении будет необходимо.