

ООО «АЛЬДЕНТЕ»

Информированное согласие на проведение хирургического лечения

Этот документ не является договором, не предусматривает никаких обязательств, не снимает ответственности с персонала клиники и подписывается пациентом в соответствии с требованиями закона «Об охране здоровья граждан».

Я, _____

обращаюсь в Семейную Стоматологию «Альденте» для проведения хирургического лечения.

С моего согласия, подробно и в доступной для меня форме информирован(а) лечащим врачом о состоянии моего стоматологического здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии стоматологического заболевания, методах его лечения (терапевтического, медикаментозного, оперативного и др.) и прогнозе, связанных с ними рисками, а также последствиями отказа от предлагаемого лечения.

Мне разъяснено, что я должен(а) поставить врачей в известность обо всех моих проблемах со здоровьем в прошлом и настоящем, острых и хронических заболеваниях, аллергических реакциях, а также о злоупотреблении алкогольными и наркотическими препаратами.

Доктор поставил мне следующий диагноз:

Я проинформирован(а) о необходимости хирургической операции _____,

получил(а) полную информацию об альтернативных методах лечения. Все положения мне разъяснены врачом и понятны.

Я пришел(а) к выводу, что мне необходимо проведение оперативного лечения моего заболевания.

Я получил(а) подробные сведения по программе лечения, срокам лечения, предупрежден(а) обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время и после хирургической операции _____,

а также при проведении анестезии и приеме лекарственных средств.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии на лекарственные препараты в прошлом и в настоящее время _____.

Я понимаю необходимость проведения рентгенологического обследования перед хирургическим вмешательством, а также при необходимости во время и после него.

Мне объяснены все возможные исходы хирургического лечения, а также среднестатистический процент выздоровления.

Я осознаю, что удачный исход лечения зависит от выполнения мною врачебных предписаний (прием лекарственных средств при необходимости, периодические контрольные осмотры).

ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ЛИЧНО ПРОЧИТАЛ ДОКУМЕНТ И СОЗНАТЕЛЬНО ДАЮ СОГЛАСИЕ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Пациент: _____ / _____ /

Врач: _____ / _____ /

Дата: «___» _____ 201__ г.

Примечание: при приеме детей до 18 лет обязательно подписывается родителем (опекуном) или сопровождающим лицом.