

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА  
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.),  
в соответствии с требованиями ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне следующих медицинских услуг: хирургическое лечение, а именно операцию по

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Я получил (а) подробные разъяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и понимаю, что при проведении лечебных манипуляций при хирургическом лечении, включая анестезию и прием лекарственных средств. Существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений: под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола; снижение внимания; аллергические реакции, обморок, коллапс, шок, травматизация нервных окончаний и сосудов, проявляющаяся потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами; при приеме анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения): аллергические реакции; изменение витаминноиммунологического баланса; нарушение состава кишечной микрофлоры; при хирургических манипуляциях: боль, отек мягких тканей в зоне хирургического вмешательства, повышение температуры до 37,5 °С, затрудненное открывание рта, в области углов рта могут образоваться трещины, гематомы тканей челюстно-лицевой области, кровотечения, инфекция, изменение цвета и формы слизистой оболочки полости рта и десны; воспаление десен, онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов, повреждение имеющихся соседних зубов, перелом кости, перимплантит (воспаление костной ткани вокруг имплантата), убыль костной ткани в области соседних зубов, убыль костной ткани в случае перимплантита, требующая в некоторых случаях дополнительных сложных операций по ее восстановлению, временное ограничение трудоспособности. При манипуляциях в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, обусловленного анатомо-физиологическими особенностями человека; проникновение в гайморову пазуху или нижнечелюстной канал. Перелом вращающихся хирургических инструментов; повреждение стенки нижнечелюстного канала и травмы нерва, который проходит в нижней челюсти; перелом стенки альвеолярного отростка; боль, отек, инфекция или изменение цвета слизистой оболочки полости рта и десны; онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов; повреждение имеющихся зубов; открытие гайморовой пазухи и др., что может потребовать дополнительного лечения. Я понимаю, что необходимо строго следовать указаниям врача, если не смогу во время операции лежать неподвижно и буду шевелиться, дергаться или глотать без предупреждения, возможно повреждение тканей лица или шеи инструментами, в том числе с последующим образованием рубцов, а так же нарушение целостности гайморовой пазухи при операциях синус-лифтинга. Иногда могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Возможно, потребуется направление для консультации и лечения в другие медицинские учреждения и в связи с этим точная продолжительность лечения, в том числе и этапов, зависящих от хирургического лечения (например, протезирования) может изменяться.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен (а) о возможных негативных последствиях отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, вовлечение в инфекционный процесс соседних зубов и тканей, появление болевых ощущений, обострение системных заболеваний организма, а также атрофии костной ткани; воспалению десны; подвижности зубов, что может привести к необходимости их удаления; патологии височно-нижнечелюстного сустава; головным болям, иррадирующим болям в шею сзади и в мышцы лица; утомляемости жевательных мышц и др.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу альтернативных методов лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время лечения. Я осведомлен (а) о вероятном исходе, в том случае, если процедура не будет выполнена, а также о вероятных исходах операции, в случае ее проведения. Я поставлен в известность, что после хирургического лечения могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, требующие изменения хода операции и проведения дополнительных процедур, помимо названных выше. Поэтому я согласен(а) на выполнение лечащим врачом дополнительных процедур, необходимых по усмотрению лечащего врача.

Мне объяснили, что не существует возможности точно предсказать способность тканей к восстановлению после операции, в связи с чем, точная продолжительность лечения не может быть определена. Я осведомлен(а) о том, что в послеоперационном периоде (даже при успешном завершении операции) могут развиваться осложнения, способные привести к повторному хирургическому вмешательству. Лечащий врач объяснил мне основное содержание медицинского вмешательства, а также, что успех лечения зависит от точности выполнения мною его назначений и рекомендации.

Понимая сложность предстоящего лечения, я обязуюсь приходить на контрольные и профилактические осмотры и следить за гигиеной полости рта. Я согласен получать напоминание о профилактических осмотрах по смс на мой личный телефон.

Мне понятно, что в случаях ухудшения самочувствия, возникновения болевых ощущений в зоне оперативного вмешательства я обязан (а) поставить в известность лечащего врача.

Я проинформировал (а) врача обо всех случаях аллергии к лекарственным и другим средствам в прошлом и в настоящее время, обо всех имеющихся у меня стоматологических и общих системных заболеваниях, а также о принимаемых лекарственных препаратах.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных сроках и ознакомлен (а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача прекращает гарантийные обязательства медицинской организации перед Заказчиком (пациентом), а также может повлечь за собой не достижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Я понимаю необходимость и даю согласие на проведение рентгенологического контроля до операции, после операции и во время проведения контрольных осмотров, а так же необходимость обязательного восстановления зубных рядов протезами. Я даю согласие на фотографирование моего лица и зубных рядов при оказании мне медицинских услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью клиники. Я разрешаю использовать фотографии моих зубов и полости рта без указания моего имени и фамилии.

Я информирован(а) о противопоказаниях к рентгенологическому обследованию: беременность и период лактации; пребывание в зонах радиоактивных катастроф; проведение курса лучевой терапии менее чем за шесть месяцев до настоящего времени; выполнение рентгенологических обследований, связанных с большой лучевой нагрузкой; работа, связанная с использованием источников ионизирующих излучений.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно **согласнаюсь** на медицинское вмешательство.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением:

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия, которые они сочтут необходимыми.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам:

Фамилия, инициалы и подпись пациента: \_\_\_\_\_ Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Фамилия, инициалы и подпись врача: \_\_\_\_\_ Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.