**Приложение №\_\_\_\_**

**к Договору №\_\_\_\_\_**

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

**Государственное Бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы**

**«Детская стоматологическая поликлиника №38 Департамента здравоохранения города Москвы»**

107589 г.Москва, ул.Байкальская д.49 тел/факс: 8(495) 469-50-65

# Добровольное информированное согласие пациента

**на стоматологическую операцию**

**от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

Цель данного документа – представить пациенту/представителю пациента до подтверждения им согласия на операцию полную информацию об особенностях послеоперационного периода и осложнениях, которые могут возникнуть при данном виде лечения.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество пациента/представителя пациента)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

уполномочиваю врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и его ассистентов выполнить мне/представляемому мною пациенту (нужное подчеркнуть) стоматологическую хирургическую операцию:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Содержание и результаты операции, возможные опасности, а так же возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены врачом, и я их полностью понял(а).

Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения об особенностях послеоперационного периода:

1. Я предупреждён (на), что после операции возможно развитие отёка и изменение цвета кожи челюстно-лицевой области. В некоторых, редких случаях изменения кожи сохраняются на длительный срок (несколько дней).

2. Я предупреждён(на),что: после операции могут появиться онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов.

3. Я предупреждён(на), что возможно нагноение раны, кровотечение, тромбофлебит, тромбоэмболия, повреждение имеющихся зубов, перелом кости, пенетрация верхнечелюстной пазухи и нижнечелюстного канала, отсроченное заживление, аллергические реакции на используемые лекарства и материалы.

4. Я понимаю, что хирургия – это не точная наука, и не может 100% гарантировать получение желаемого результата.

5. Я согласен(на) на тип анестезии и рентген диагностику по выбору моего доктора.

6. Я полностью понимаю, что продолжительность лечения не может быть определена точно или может измениться; что во время и после процедуры, операции и лечения, состояние в полости рта и общее состояние здоровья может измениться, и тогда, по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия. Я разрешаю любые изменения дизайна, материалов или ухода, если они будут сделаны для моего собственного блага/для блага представляемого мною пациента (нужное подчеркнуть).

7. Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением в моем внешнем виде/во внешнем виде представляемого мною пациента (нужное подчеркнуть), субъективна, поэтому чисто эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может быть основанием для предъявления претензий.

8. Я согласен(на) не управлять автомобилем и не работать с другими опасными аппаратами, по меньшей мере, ближайшие 24 часа после операции, до полного восстановления моего состояния, после использования лекарственных средств.

9. Я сообщил(а) точные данные о своём физическом и душевном здоровье/о здоровье представляемого мною пациента (нужное подчеркнуть). Кроме того, я сообщил(а) обо всех имевших место аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья/здоровья представляемого мою пациента (нужное подчеркнуть).

10. Я сообщил(а) точные данные обо всех принимаемых мной/представляемым мною пациентом (нужное подчеркнуть) препаратах и их дозировке.

11. Я понимаю, что я ответственен(на) за оплату услуг, оказанных мне/представляемому мною пациенту в ГБУЗ «ДСП №38 ДЗМ» в соответствии с прейскурантом, по факту их оказания.

12. Я внимательно ознакомился(лась) с данным согласием на хирургическое лечение, и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

13. Я ознакомлен(а) с приведенной выше информацией, я заверяю, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют, и что я полностью понимаю назначение данного документа и подтверждаю свое согласие на операцию.

**Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.**

**Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Подпись представителя**

**пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Подпись медицинского работника**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**