Приложение
к Стоматологической карте № _____ от «____» _____ 20__ г.

Информированное согласие на проведение хирургического вмешательства ребенку (френулопластику/вестибулопластику)

Я _____ согласен(-на) на то, чтобы врач _____ провел следующую процедуру _____ _____

моему ребенку _____

Диагноз _____

Я понимаю, что я сам(-ма) выбрал(-ла) это вмешательство и мог(-ла) выбирать между другими формами лечения или не лечиться совсем, и что данное лечение (по мнению моего врача) даст самое оптимальное соотношение между слизистой, зубами, челюстями, мышцами и височно-нижнечелюстным суставом, которое невозможно в настоящее время.

Врач объяснил мне, что при осуществлении любого лечебного плана и при проведении любой процедуры всегда существует потенциальный риск, к которому могут относиться следующие, но не только эти пункты:

1. Дискомфорт, боль, отек, (припухлость) и кровотечение, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней.
2. Натяжение уголков рта, с последующим их растрескиванием.
3. Инфекция после операции, требующая дополнительного лечения.

Я согласен(-на) на ту местную анестезию, которую врач сочтет нужной для данной процедуры.

Меня проинформировали, что нет полной гарантии того, что план лечения будет выполнен без изменений. Я понимаю, что планируемое лечение может быть пересмотрено или модифицировано.

Если в процессе операции возникнут непредвиденные обстоятельства, требующие решения врача или процедур, дополнительных к основной, или отличных от неё, я доверяю врачу делать то, что он считает целесообразным.

Я не получил(-ла) никаких гарантий и заверений, что я буду полностью удовлетворен(-на) результатом данного лечения. Вследствие индивидуальных особенностей организма моего ребенка, всегда есть риск неудачи, рецидива, избирательного повторного лечения или ухудшения настоящего состояния, несмотря на проведенное лечение. Однако, по мнению врача, это лечение должно помочь, а без его проведения ухудшение состояния вскоре было бы неизбежно.

Я согласен(-на) выполнять все рекомендации врача, пока мой ребенок находится под его наблюдением, понимая, что при недостаточности совместных действий результат будет ниже оптимального.

Подпись родителя или законного представителя: _____
Подпись врача: _____
Дата: _____