Приложение
к Стоматологической карте № _____ от "_____" _____20 г.

Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства

Я, _____
проинформирован о необходимости хирургической операции
_____,
понимаю цель ее проведения.

Доктор поставил мне следующий диагноз:
_____
_____

Последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Альтернативным методом лечения является отсутствие лечения.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику согласованному с доктором и записанному в истории болезни).

Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я проинформировал доктора _____
о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность операции и уникальность собственного организма, я согласен с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемой операции. Я полагаю, что в моих интересах приступить к операции.

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения. Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____ Дата _____