



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА
ПРОВЕДЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
(Френулопластику/вестибулопластику)**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

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

\Patient\.

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 моего организма, всегда есть риск неудачи, рецидива, избирательного повторного лечения или ухудшения моего 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 нахожусь под его наблюдением, понимая, что при недостаточности совместных действий результат будет ниже оптимального.

Подпись представителя: _____ / _____ /
(подпись представителя)

(ФИО полностью)

Подпись врача: _____ / _____ /
(подпись врача)

(ФИО)

Дата « ____ » _____ 20__ г