

## **Информированное согласие на проведение хирургического лечения**

Доктор тщательно обследовал мои зубы и полость рта. Мне объяснили все существующие методы лечения моего состояния зубной системы. Я обсудил(а) с доктором все положительные и отрицательные моменты предложенных мне методов лечения. Мне понятен план, объем и цели лечения, возможные осложнения на этапах лечения и необходимость возможного дополнительного обследования, изменения сроков лечения, дополнительной оплаты.

Мне понятно, что послеоперационный восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема).

Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения. Мне понятен предлагаемый метод лечения, а также я согласен(а) с возможным расширением его объема и изменения в процессе операции по показаниям.

Я обязуюсь строго исполнять все рекомендации лечащего врача. Я понимаю необходимость регулярных контрольных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры по графику, обговоренному с врачом и записанному в медицинскую карту.

Я полностью информировал(а) врача о своем физическом, душевном здоровье, наличии у меня аллергических или необычных реакциях на лекарства, пищу, укусы насекомых, обезболивающие препараты, и о сопутствующих заболеваниях.

Я даю разрешение доктору использовать любого ассистента данной клиники, участие которого в моем лечении он сочтет необходимым, а также приглашать для консультации других врачей клиники. Я получил(а) ответы на все мои вопросы и доверяю квалификации врача.

На лечение согласен(а). С суммой и формой оплаты согласен(а).

Я внимательно ознакомился с данным дополнительным соглашением и информированным согласием и понимаю, что они являются юридически-значимыми документами.

Пациент \_\_\_\_\_/

Врач \_\_\_\_\_/