Информированное добровольное согласие на проведение хирургического вмешательства в ООО «Антериор»

Я, _____(ФИО)

в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», **даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне следующих медицинских услуг:** ***хирургическое лечение, а именно манипуляции в соответствии с Таблицей 1.***

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и понимаю, что при проведении лечебных манипуляций при ***хирургическом лечении,*** включая анестезию и прием лекарственных средств, существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений: временное ограничение трудоспособности, неприятные болевые ощущения, которые могут быть выражены в отеке мягких тканей в зоне хирургического вмешательства и др.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен (а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время лечения.

Я осведомлен (а) о вероятном исходе, в том случае, если процедура не будет выполнена, а также о вероятных исходах операции, в случае ее проведения.

Я поставлен в известность, что после хирургического лечения могут возникнуть непредвиденные обстоятельства, требующие изменения хода операции и проведения дополнительных процедур, помимо названных выше. Поэтому я согласен (а) на выполнение лечащим врачом дополнительных процедур, необходимых по усмотрению лечащего врача.

Я осведомлен (а) о том, что в послеоперационном периоде (даже при успешном завершении операции) могут развиться осложнения, способные привести к повторному хирургическому вмешательству.

Лечащий врач объяснил мне основное содержание медицинского вмешательства, а также, что успех лечения зависит от точности выполнения мною его назначений и рекомендации.

Мне понятно, что в случаях ухудшения самочувствия, возникновения болевых ощущений в зоне оперативного вмешательства я обязан (а) поставить в известность лечащего врача.

Я проинформировал (а) врача обо всех случаях аллергии к лекарственным и другим средствам.

Мне объяснили, что не существует возможности точно предсказать способность тканей к восстановлению после операции, в связи с чем, точная продолжительность лечения не может быть определена.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных сроках и ознакомлен (а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача прекращает гарантийные обязательства медицинской организации перед Заказчиком (пациентом), а также может повлечь за собой не достижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно **соглашаюсь** на медицинское вмешательство.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: _____ _____ *(указать какие, если имеются исключения).*

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением: _____ *(указать какие, если имеются исключения).*

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 7. Рентгенологические методы обследования, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования. 8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам: _____.

Примечание: В соответствии со ст. 20. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего, а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

Таблица 1

№зуба	Диагноз	Манипуляции	Дата	Подпись пациента С РАСШИФРОВКОЙ	Подпись врача