

**Информированное добровольное согласие пациента  
на проведение хирургических манипуляций в ротовой полости**

Я, Ф.И.О. \_\_\_\_\_ информирован/а/ врачом  
стоматологом \_\_\_\_\_ о необходимости провести хирургические манипуляции в ротовой полости.

Этот документ содержит также всю необходимую информацию о том, что я ознакомился/лась/ с предполагаемым лечением мог/ла/ либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение лечения.

Доктор поставил мне следующий диагноз \_\_\_\_\_ и указал на необходимость проведения хирургических манипуляций в ротовой полости. Последствиями отказа от данного лечения могут быть прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, развитие остеомиелита челюсти, а так же системные проявления заболевания.

Доктор разъяснил и мне понятно, что после проведения хирургических манипуляций в ротовой полости возможны: возникновение болевого синдрома, возникновение кровотечения из раны или лунки зуба, ухудшение общего состояния здоровья вследствие обострение общих хронических заболеваний, возникновение осложнений эпителизации раневой поверхности или лунки зуба, разреза, развитие отека слизистой оболочки и мягких тканей лица. Повышение температуры тела, изменение артериального и венозного давления крови. Появление подвижности зубов в оперативной зоне, неполное открывание рта. Появление участков нарушения чувствительности на кожи и слизистой, опускание угла рта или глаза.

Я понимаю, что с целью получения наиболее эффективных результатов лечения мне необходимо: выполнить санацию полости рта с последующим рациональным протезированием, регулярно проводить профилактические осмотры и лечение у врача-стоматолога (каждые 6 мес.) регулярно и эффективно проводить гигиенические мероприятия в полости рта, вести здоровый образ жизни.

Я получил/а/ исчерпывающую информацию в доступной форме по предполагаемому лечению и согласен/на/ с ним.

Я понимаю сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма. Согласен /на/ приступить к запланированному лечению. Мне были объяснены в доступной форме все возможные исходы лечения, в том числе негативные, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел /а/ возможность задавать все интересующие меня вопросы. Я внимательно ознакомился /лась/ с данным документом и понимаю, что последний является юридическим документом и влечет за собой правовые последствия.

На проведение хирургических манипуляций в ротовой полости согласен/на/.

Ф.И.О и подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_