**Информированное добровольное согласие на медицинское обследование и лечение**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_даю согласие врачу на лечение у меня стоматологических заболеваний, проведение мне, в соответствии с назначениями врача, рентгенологических, гистологических, лабораторных исследований крови и мочи, физиотерапевтических процедур, на проведение мне анестезии, необходимой для лечения кариеса зубов и его осложнений, лечения заболеваний пародонтита и слизистой полости рта, операции удаление зуба, апикальной хирургии.

Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания. Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препаратов могут осложнить течение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я проинформировал(а) врача-стоматолога обо всех случаях аллергических реакций, бывших у меня в прошлом и в настоящее время, о наличии хронических заболеваний, п приеме мною лекарственных средств, назначенных врачами других специальностей с целью определения врачом-стоматологом возможности развития у меня аллергических реакций на анестетики.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех: удаление пораженного(зубов), отсутствие лечения как такового.

Я понимаю, что анестезия является вмешательством в биохимические процессы моего организма, что делает возможным возникновения осложнений: аллергические реакции, недостаточное обезболивание; повреждение нервов и кровеносных сосудов; образование гематомы; кровотечение; боли в области и введения анестетика; мышечные парезы; длительно сохраняющийся эффект анестезии. Я информирован(а), что в случае возникновения аллергических реакций на введение анестетика. Что является неотложным состоянием, мне будет необходимо срочное инъекционное введение комплекса лекарственных средств, необходимых для устранения аллергических реакций.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, я также согласен(на) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе лечения по показаниям. На все поставленные мною вопросы я получил(а) исчерпывающую информацию по предполагаемому лечению и согласен(на) с ним.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие на медицинское обследование и лечение**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю согласие врачу на лечение у меня стоматологических заболеваний, проведение мне, в соответствии с назначениями врача, рентгенологических, гистологических, лабораторных исследований крови и мочи, физиотерапевтических процедур, на проведение мне анестезии, необходимой для лечения кариеса зубов и его осложнений, лечения заболеваний пародонтита и слизистой полости рта, операции удаление зуба, апикальной хирургии.

Мне, согласно моей воли, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания. Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препаратов могут осложнить течение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я проинформировал(а) врача-стоматолога обо всех случаях аллергических реакций, бывших у меня в прошлом и в настоящее время, о наличии хронических заболеваний, п приеме мною лекарственных средств, назначенных врачами других специальностей с целью определения врачом-стоматологом возможности развития у меня аллергических реакций на анестетики.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех: удаление пораженного(зубов), отсутствие лечения как такового.

Я понимаю, что анестезия является вмешательством в биохимические процессы моего организма, что делает возможным возникновения осложнений: аллергические реакции, недостаточное обезболивание; повреждение нервов и кровеносных сосудов; образование гематомы; кровотечение; боли в области и введения анестетика; мышечные парезы; длительно сохраняющийся эффект анестезии. Я информирован(а), что в случае возникновения аллергических реакций на введение анестетика. Что является неотложным состоянием, мне будет необходимо срочное инъекционное введение комплекса лекарственных средств, необходимых для устранения аллергических реакций.

Мне понятен предлагаемый метод лечения, я также согласен(на) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе лечения по показаниям. На все поставленные мною вопросы я получил(а) исчерпывающую информацию по предполагаемому лечению и согласен(на) с ним.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_