**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на удаление зуба/зубов**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я, в соответствии со статьей 20 Федерального закона «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» от 20.11.2011 г. №323-Ф3, даю добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Минздрава РФ от 23.04.2012г. №390н, с целью удаления зуба/зубов.

Мне были предложены альтернативные варианты лечения направленные на сохранение зуба/зубов. Я отказываюсь от альтернативных вариантов лечения и настаиваю на удалении. Со всеми возможными последствиями ознакомлен(-а).

Врач объяснил мне метод и способ выполнения удаления зуба, последствия, которые могут наступить, включая ниже перечисленные и другие возможные осложнения:

- Ощущения дискомфорта после удаления, продолжающееся от нескольких часов до нескольких дней, по поводу чего врач назначит препараты, если сочтет это нужным.

- Отечность десны в области удаленного зуба или лица после удаления, которые могут сохраняться в течение нескольких дней или более.

- Гематома мягких тканей, кровотечение из лунки

- Тризм (ограниченное открывание рта), которое обычно длится несколько дней.

- Боли при глотании, которые обычно длятся несколько дней.

- Воспаление лунки удаленного зуба, по поводу чего доктор проведет механическую и антисептическую обработку лунки удаленного зуба, если это будет необходимо.

- Развитие воспалительных осложнений в виде абсцесса или флегмоны, которые потребуют дополнительного хирургического и медикаментозного лечения

- Перелом корня зуба, при невозможности извлечения которого потребуется дополнительное хирургическое вмешательство.

- Нарушение чувствительности кожи лица после удаления третьих моляров нижней челюсти.

Я понимаю, что я должен(-а) прийти на повторный осмотр в день, согласованный с лечащим врачом, с целью выявления и предупреждения возможных осложнений.

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о комплексе лечебно-диагностических мероприятий с целью получения наиболее благоприятного результата.

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах медицинского вмешательства, о его возможных последствиях.

Я проинформировал врача об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности.

Я имел (а) все возможности задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них исчерпывающие ответы.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_