

## **Информированное добровольное согласие на резекцию верхушки корня, цистостомию, гемисекцию, лечение корневых каналов, операцию удаления зуба**

Я, \_\_\_\_ Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя \_\_\_\_ дата рождения  
гражданина или законного представителя \_\_\_\_, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_ адрес  
регистрации гражданина либо законного представителя \_\_\_\_, проживающий по адресу: \_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации) \_\_\_\_ В ОТНОШЕНИИ \_\_\_\_ Фамилия, Имя  
Отчество (при наличии) пациента (при подписании согласия законным представителем) \_\_\_\_ дата рождения  
пациента (при подписании законным представителем) \_\_\_\_, проживающего по адресу: \_\_\_\_ (в случае  
проживания не по месту жительства законного представителя) \_\_\_\_ даю согласие на оказание  
медицинской помощи в \_\_\_\_ полное наименование медицинской организации \_\_\_\_

Я получил(а) от своего лечащего врача \_\_\_\_ Фамилия Имя Отчество \_\_\_\_ всю интересующую  
меня информацию о предполагаемом лечении. Мне подробно разъяснили преимущества и  
сложности различных методов лечения.

Я был(а) проинформирован(а) о возможном риске и возможных осложнениях,  
сопутствующих подобным процедурам, методам анестезии, приему лекарств. Они могут  
включать в себя ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся до нескольких  
дней, кратковременное (от нескольких часов до нескольких суток) онемение языка, губ,  
подбородка, зубов, ограничение открывания рта, отек десны в области лечения,  
аллергические реакции и другие осложнения. В случае осложненных операций возможны  
повреждения смежных зубов, вывих или переломы челюсти.

Точная продолжительность лечения не может быть предсказана и может меняться. Я  
понимаю, что невозможно предугадать точный результат операции или лечения.

Мой врач разъяснил мне, что невозможно точно предсказать способность десен и  
челюстных костей к заживлению у каждого пациента.

Я согласен(а) на проведение метода анестезии, выбранного моим врачом.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям  
организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и  
другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует  
мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы,  
отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут  
сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области  
существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления  
алкогольных или наркотических веществ.

Я согласен(а) на любое рентгенологическое обследование, необходимое для  
полноценного лечения.

Мне сообщили, что при проведении рентгенологического обследования соблюдаются  
необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные  
средства защиты. Доза моего облучения во время обследования будет зарегистрирована в  
медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгенологического  
обследования.

Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья,  
об имеющихся заболеваниях, в том числе хронических, о всех случаях аллергии к  
медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в  
настоящее время.

Я согласен(а) регулярно посещать моего врача для осмотра и профилактических  
процедур.

Я одобряю рекомендуемое лечение. Я полностью осознал(а), что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата и даю свое согласие на это.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

---

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Пациент (его законный представитель)

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

Медицинский специалист

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

«\_\_» \_\_\_\_\_ Г.