

Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение хирургического вмешательства сопряжено с риском повреждения соседних анатомических образований, ортопедических конструкций, кровотечения, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью, неблагоприятного исхода.

Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные манипуляции, в том числе в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

Я информирован(а) о том, что послеоперационный восстановительный процесс имеет строго индивидуальные длительность и характер течения. Я информирован(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного хирургического вмешательства, которые обусловлены в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями организма, среди которых могут быть: послеоперационный отек мягких тканей лица и шеи; гематома; кровотечение; ограничение открывания рта; онемение губы, подбородка, языка; перфорация дна гайморовой пазухи; аллергические реакции; либо обусловлены наличием уже имеющегося хронического или острого патологического процесса челюстно-лицевой области: прогрессирование заболевания; повышение температуры тела; появление симптомов общей интоксикации организма; увеличение лимфатических узлов; появление (усиление) болевых ощущений; обострение системных заболеваний организма.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей моего организма, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Я проинформировал(а) врача о жалобах, обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма (организма лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (или лицом, законным представителем которого я являюсь) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (на лицо, законным представителем которого я являюсь), принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Я сообщил (сообщила) о себе (о лице, законным представителем которого я являюсь) правдивые сведения о наследственности, а также об

употреблении алкоголя, наркотических и токсических веществ, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего (лица, законным представителем которого я являюсь) физического и психического здоровья. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача назначений, касающихся проведения лечения, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой соответствующие правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от лечения, либо дать свое согласие.

Подпись лица, давшего согласие _____ / _____ /.

Подпись врача: _____ / _____ /.