

**Приложение к Договору возмездного оказания**

 **медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_**

**от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.**

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства операция «удаление зуба»**

*(основание ст. 20-23 Ф.З. Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.)*

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р., зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ информирован(-а) моим лечащим врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_о предполагаемом лечении – **удаление зуба**.

Я осведомлен(-а) о том, что эта операция производится под местной анестезией. Я информирован(-а) о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства. Мне известно, что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства, но и от состояния моего организма.

Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемым методом лечения и мог(-ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение операции.

Врач указал мне на необходимость удаления зуба. Последствиями отказа от операции могут быть: прогрессирование заболевания; развитие инфекционных осложнений; появление либо нарастание болевых ощущений; образование или увеличение воспалительной деструкции костной ткани в периапикальной области, отрицательное влияние данного заболевания зуба на общее состояние моего организма.

Альтернативными методами лечения являются: отсутствие лечения как такового. Хотя данная операция имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех. Врач понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время и после операции, а именно:

* Кровотечение
* Нарушение чувствительности мягких тканей полости рта и лица
* Воспаление лунки удаленного зуба
* Перелом нижней челюсти при удалении зубов нижней челюсти
* Сообщение лунки удаленного зуба с верхнечелюстной пазухой

Я предупрежден(-а), что по обстоятельствам во время оперативного вмешательства может выявится необходимость в изменении или отказе от запланированного лечебного мероприятия.

Я полностью осознал(-а), что во время лечения ситуация может изменится, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата. Я осведомлен(-а) о сроках лечения, об особенностях послеоперационного периода.

Мне понятно предусмотренное лечебное мероприятие и метод лечения.

О требуемом поведении перед операцией и после нее я осведомлен(-а). После операции несколько дней может сохраняться отек тканей полости рта и лица, ограниченное открывание рта, болезненность области операции.

Я согласен(-а) регулярно посещать моего врача для осмотра.

Я согласен(-а) на необходимое рентгенологическое обследование, необходимое как до, так и после операции для полноценного лечения.

Я осведомлен(-а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(-а) врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(-а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что мне не были даны какие-либо гарантии и заверения. Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а так же альтернативы предложенному лечению.

Я получил(-а) полную информацию о стоимости моего лечения, согласен(-а) с тем, что в процессе моего лечения могут быть изменения в стоимости в большую или меньшую сторону, связанные с особенностью проведения моей операции.

**Я информирован(-а), (согласно ст. 79 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ) о возможности получения данного вида медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в медицинских организациях г.Красноярска и Красноярского края, участвующих в ОМС.**

**Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1.,3. Ст. 3., ст.11 Федерального закона №152-ФЗ «о персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.**

**Исключений, запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имею. Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого пункта данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. Полученные разъяснения (ответы) понятны и удовлетворяют меня. У меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.**

**Настоящий документ является приложением к договору возмездного оказания медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г., неотъемлемой частью моей медицинской карты.**

**Я согласен(-а) на проведение медицинского вмешательства- операции «удаление зуба».**

**Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.**

**Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.**

**Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**