**Общество с ограниченной ответственностью Центр эстетической медицины «Консул СТ»** 622049 Свердловская область, г. Нижний Тагил, Уральский пр., 81. Тел.: /3435/ 44-26-30, ko[nsul-st@mail.ru](mailto:nsul-st@mail.ru), сайт: konsul-st.ru

центр эстетической медицины

*р/с 40702810416540005716 в Уральский банк ПАО «СБЕРБАНК РОССИИ» г. Екатеринбург к/с 30101810500000000674 БИК 046577674 ИНН 6623070600 КПП 662301001 ОКПО 67720525 ОГРН 1106623004146 ОКТМО 65751000*

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ**

*Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона К 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении, и что я соглашаюсь с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием начала медицинского вмешательства.*

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество пациента и/или законного представителя)

до проведения хирургического вмешательства, на основании данных обследования и диагностики, получил (а) от медицинских работников и врача ООО ЦЭМ «Консул СТ» интересующую меня информацию о предстоящем хирургическом лечении, с тем, чтобы я мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на его проведение.

Последствиями отказа от хирургического вмешательства могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострение системных заболеваний организма. Альтернативным вариантом является отсутствие лечения.

Я понимаю, что хирургическое лечение является вмешательством в биологический организм, сопровождающееся болевой реакцией организма. В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии. Кроме того, врач разъяснил необходимость проведения рентгенологического исследования (в т.ч, для диагностики и контроля качества лечения), объяснил цель и суть данной методики, а также получил мое согласие на его проведение.

Мне было объяснено течение послеоперационного периода и возможное появление

* болей (как при наличии любой раны),
* отека мягких тканей (в результате травматического воздействия на них),
* воспаления в месте хирургического вмешательства (в связи со сложностью вмешательства),
* кровотечения (в связи с изменением артериального давления или биологическими (анатомическими) особенностями организма),
* повышение температуры тела и наличие общих симптомов интоксикации,
* ограничивание открывания рта, увеличение лимфатических узлов.

Во избежание вышеперечисленных последствий необходимо тщательно соблюдать режим труда, отдыха, питания, гигиенического ухода и рекомендаций врача.

Мне понятно, что организм каждого человека уникален, и многое зависит от него, врач не может стопроцентно гарантировать исход и предполагаемый прогноз хирургического вмешательства. Контролировать течение послеоперационного периода может врач только при моем своевременном обращении и при условии соблюдения всех рекомендаций.

Мне были объяснены возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному варианту. На основании полученных сведений, мною выбрано оперативное вмешательство (хирургическое лечение), отраженное в плане лечения, предварительно согласованном со мной.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Вся информация была донесена до меня в понятной и доступной форме. Я прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное и удовлетворен(а) ответами на мои вопросы.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Дополнительные условия мною не выдвигаются. Расширительных требований не имею. Я принимаю решение приступить к хирургическому лечению на предложенных условиях.

Пациент:/

*(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)*

Врач: /

*(подпись) (фамилия, имя, отчество)*

Дата: «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. **Памятка получена на руки** *(подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Зуб | Диагноз | Подпись врача | Подпись пациента |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |