

**Стоматологическая клиника «Мистер Президент»**  
**Общество с ограниченной ответственностью «ТАН»**

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2023 г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ г.р.,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_, проживающий(-ая) по адресу:  
\_\_\_\_\_, проинформирован(на) о необходимости хирургической операции  
\_\_\_\_\_ понимаю цель ее проведения, даю свое согласие и уполномочиваю  
врача-стоматолога \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество) в  
обществе с ограниченной ответственностью «ТАН» провести хирургические процедуры мне/ моему  
ребенку/лицу, являющемуся пациентом, чьим законным представителем я являюсь/ (нужное подчеркнуть)  
\_\_\_\_\_ (фамилия,  
имя, отчество ребенка (до 15 лет), лица, от имени которого, выступает законный представитель, дата  
рождения), зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_, проживающего по адресу:  
\_\_\_\_\_.

**Этот документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.**

Доктор поставил мне/ моему ребенка/ лицу, интересы которого я представляю следующий  
диагноз: \_\_\_\_\_.

Последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие  
инфекционных осложнений, появление болевых ощущений, а также обострении системных заболеваний  
организма. Альтернативным методом лечения является отсутствие лечения.

Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения и обязуюсь приходить  
на контрольные осмотры (по графику согласованному с доктором и записанному в истории болезни).

Я осведомлен (осведомлена) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и  
антибиотиков.

Я проинформировал (проинформировала) доктора \_\_\_\_\_ о всех  
случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Понимая сущность операции и уникальность собственного организма, я согласен(сна) с тем, что никто не может  
предсказать точный результат планируемой операции. Я полагаю, что в моих интересах/ интересах моего  
ребенка/ лица, интересы которого я представляю приступить к операции.

Я понимаю, что курение, приём алкоголя, употребление сахара могут повлиять на заживление десны и  
снижают успех лечения. Я согласен(сна) следовать инструкциям/обеспечить следование инструкциям моего  
врача доктора моего ребенка/доктора лица, интересы которого я представляю по уходу за полостью рта. Я  
согласен(сна) регулярно посещать/обеспечить посещение моего доктора/доктора моего ребенка/доктора лица,  
интересы которого я представляю в зависимости от его указаний.

Я согласен(сна) на тип анестезии по выбору моего доктора/ доктора моего ребенка/доктора лица, интересы  
которого я представляю. Я обязуюсь не управлять/обеспечить исключение управления транспортными  
средствами и устройствами, связанными с повышенной опасностью, по меньшей мере 24 часа или более, пока  
не пройдут действие анестезии или других лекарственных препаратов, применённых для моего  
лечения/лечения моего ребенка/ лица, интересы которого я представляю

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения. Я имел (имела) возможность задать все  
интересующие меня вопросы.

Я ознакомился (ознакомилась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим  
документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента/законного  
представителя: \_\_\_\_\_

Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

Подпись доктора: \_\_\_\_\_

Если пациент не способен поставить подпись или является несовершеннолетним, подпись родителя или опекуна

Свидетель/администратор/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /