

Информированное добровольное согласие пациента на хирургическое вмешательство

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с ФЗ № 323 ч.1 ст.20 от 21.11.2011г. «Об охране здоровья граждан Российской Федерации»

Я пациент(ка) _____

Лечащим врачом ГБУЗ ЛО «Кировская СП» _____

Проинформирован(а) о том, что мне на основании проведения осмотра и рентгеновского обследования, в соответствии с установленным диагнозом необходимо провести хирургическое вмешательство (удаление зуба, разрез)

- Я подтверждаю достоверность представленной врачу информации о состоянии моего здоровья, наличии заболеваний и аллергических реакций.

- Мне разъяснены методы обезболивания, действия анестетиков, возможные осложнения от анестезии (отсутствие обезболивающего эффекта, кратковременное – от нескольких часов до нескольких суток – онемение слизистой полости рта, языка, губ, подбородка, развитие аллергических реакций).

- Мне разъяснены основные этапы предстоящего хирургического вмешательства, продолжительность реабилитационного периода.

- Мне предоставлена информация о возможных исходах лечения, о возникновении непредвиденных осложнений во время хирургического вмешательства и после него.

- Я осознаю, что невозможно предсказать течение реабилитационного периода и длительность лечения. Мне разъяснено, что при неблагоприятном течении воспалительного процесса возможно продолжение лечения в стационаре.

- Мне известно, что предполагаемое лечение отнесено к категории «опасных», что несоблюдение лечебных предписаний и рекомендаций врача ухудшат течение заболевания и могут повлиять на результат лечения.

- Я предупрежден(а) о последствиях, которые могут возникнуть при отказе от предложенного лечения или госпитализации.

- Я подтверждаю, что получил(а) исчерпывающую информацию по предлагаемому плану лечения, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие меня вопросы, связанные с медицинским вмешательством.

- Я доверяю квалификации врача и добровольно соглашаюсь на проведение выбранного врачом метода обезболивания, предложенного мне лечения, применения лекарственных средств, а при возникновении необходимости – лечение в стационаре.

- Лист согласования мной прочитан, понят, полученная информация достаточна для принятия решения, подпись поставлена осознанно.

-С правами и обязанностями знаком(а) по общей информации.

Подпись пациента / законного представителя

Подпись врача _____

дата « ____ » _____ 20 ____ г.