Информированное согласие на хирургическое лечение\ удаление зуба и\или апикэктомию

Ф.И.О. _____

Фамилия пациента Имя Отчество Номер паспорта

Мною получено объяснение о предстоящем хирургическом вмешательстве для имплантации, включая отдаленные прогнозы, результаты и альтернативные методы лечения в данном конкретном случае, а также последствия отказа от лечения.

Я получил исчерпывающую информацию о возможных осложнениях предложенной мне операции таких как припухлость, боль, подкожные кровотечения, временное затруднение при открывании рта. Также доведены до моего сведения риск и возможные осложнения выше указанной операции, такие как: инфекция, поражение нижнего луночкового нерва и\или язычного нерва при операции на нижней челюсти, которое выражается во временной или постоянной потере чувствительности нижней губы и\или подбородка и\или языка на стороне операции. При операции на верхней челюсти существует опасность поражения верхнечелюстной (гайморовой) пазухи.

Мне ясна важность предоставления исчерпывающй информации о состоянии моего здоровья, а также следование всем предписаниям которые, я получу от лечащего врача и\или коллектива, включая соблюдение гигиены полости рта и исполнение всех терапевтических и протезных видов лечения, которые могут понадобиться, и профилактических осмотров в назначенные сроки.

Этим я даю свое согласие на выполнение основного лечения.

Я также даю свое согласие на проведение местного обезболивания, после того как были доведены до моего сведения риск и возможные осложнения местного обезболивания, включая временное затруднение при открывании рта.

Если будет принято решение о проведении основного лечения под общим наркозом, я получу объяснение от анастезиолога.

_____ _____

Число Подпись пациента

_____ _____

Имя опекуна (степень родства) Подпись опекуна
В случае недееспособности,
несовершеннолетия или душевной болезни

Я подтверждаю что объясненил пациенту\ опекуну пациента* все выше указанное с необходимыми подробностями и что пациент подписывает соглашение в моем присутствии, после того как я убедился что все мои объяснения были полностью поняты.

_____ _____

Имя врача Подпись Номер диплома

*вычеркнуть лишнее

החברה לניהול סיכונים ברפואה
מקבוצת מדנס