**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ**

**Центр Стоматологии «Формула Улыбки»**

153000, Россия, Ивановская обл., Иваново, ул. Степанова, д.15

ИНН 3702746733, КПП 370201001, ОГРН 1143702030174

Лицензия № ЛО-37-01-001377 от 30.07.2019 года.

**Информированное добровольное согласие на стоматологическое хирургическое вмешательство**

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен(а) на проведение хирургического стоматологического лечения – операции на альвеолярных отростках: удаление зуба (зубов), резекция верхушки корня зуба, цистотомия/цистектомия, компактостеотомия, прочие вмешательства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

 Я проинформирован(а), о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнений. Основные осложнения оперативного лечения, обусловленные в первую очередь анатомо-физиологическими особенностями конкретного пациента; хирургическое лечение в области верхней челюсти при непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, перфорация дна придаточной пазухи носа и связанное с этим возможное воспалительное осложнение в области верхнечелюстной пазухи; при хирургических вмешательствах в области нижней челюсти возможно онемение языка, губ, подбородка, зубов нижней челюсти, при непосредственной близости зоны вмешательства к нижнечелюстному каналу. Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеамелит, кисты и др.), выражающиеся в прободении дна полости носа и придаточной пазухи, твердого неба, нижнечелюстного канала, переломов костей верхней и нижней челюстей, флебитов и других неожиданных последствиях. Мне понятно, что послеоперационный восстановительный период строго индивидуален по длительности и характеру течения.

 Я осведомлен(а), что отсутствие регенерации в зоне костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта. Вследствие оперативного лечения возможно возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца. При этом я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках.

 Я также информирован(а), что в ряде конкретных случаев вид хирургического вмешательства является единственным. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема).В дальнейшем, после завершения оперативного вмешательства и периода заживления раны, могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического (зубопротезного) лечения.

 Мне известно, что при проведении стоматологического лечения возможны аллергические реакции и связанные с ними осложнения. В случае необходимости, я доверяю врачу расширить объем оказываемых услуг до необходимого для надлежащего оказания медицинских услуг или предотвращения вреда состоянию моего здоровья.

 Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода, включая информацию об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратов и медицинских изделиях.

 Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

 Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получения от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

 Я **принимаю решение о лечении** на предложенных мне условиях.

Подпись пациента.........................................................… /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись врача.................................................................. /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.