

ГБУЗ Московской области «Домодедовская стоматологическая поликлиника»

Согласие на удаление зуба

Дата и время _____

Пациент ФИО и дата рождения _____

Законный представитель и основание полномочий при необходимости _____

Врач и медицинская запись _____

Диагноз или клиническая задача _____

Зуб либо участок и планируемый объём _____

Предоставленная информация

Цель: устранение источника заболевания или другого указанного врачом показания.

Метод и предполагаемый результат: удаление обозначенного зуба или корней; по показаниям разъединение, доступ с разрезом, обработка и ушивание. Ожидается удаление патологического объекта; особенности заживления индивидуальны.

Существенные риски: боль, отёк, кровотечение, воспаление лунки, повреждение соседних зубов и тканей, перелом корня или кости, сообщение с верхнечелюстной пазухой при соответствующей локализации, повреждение нерва и нарушение чувствительности, необходимость дополнительного вмешательства или направления.

Возможные альтернативы: сохранение зуба с иным лечением, наблюдение либо лечение в другой организации, если они клинически допустимы; врач указывает применимые варианты.

Последствия отказа или отсрочки: сохранение боли и воспалительного очага, распространение инфекции или иные последствия конкретного заболевания; степень и срочность объяснены индивидуально.

Индивидуальные риски и применимые альтернативы _____

Обезболивание и его индивидуальные риски обсуждены отдельно; при применимости оформлена связанная форма. Дополнительные действия сверх согласованного объёма заранее не отмечаются выполненными.

Я получил(а) понятное объяснение применительно к указанному вмешательству, смог(ла) задать вопросы и получил(а) ответы. Даю добровольное согласие на описанный выше объём. Мне разъяснено право отказаться или потребовать прекращения вмешательства в предусмотренном законом порядке; изменение плана обсуждается и документируется.

Вопросы и пояснения при необходимости _____

Пациент или надлежащий представитель ФИО и подпись _____

Врач ФИО и подпись _____

Заполняется до вмешательства; неприменимые варианты исключаются. Если согласие вправе дать сам несовершеннолетний, подписывает он; полномочия представителя проверяются врачом по применимому закону.