

Я понимаю, что зубоврачебная практика — не точная наука, поэтому невозможно предугадать точный результат операции или лечения.

Мой врач разъяснил мне, что невозможно точно предсказать способность десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента. Я понимаю, что бывают случаи неудач, когда зуб приходится удалять в связи с развившимися осложнениями.

Я согласен(на) на проведение метода анестезии, выбранного моим врачом.

Я согласен(на) на любое рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.

Я согласен(на) регулярно посещать моего врача для осмотра и профилактических процедур.

Я одобряю рекомендованное лечение. Я полностью осознал(а), что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата. Эти дополнительные процедуры могут потребовать дополнительной оплаты.

Я получил(а) ответы на все вопросы и добровольно соглашаюсь на предложенное мне лечение.

Я подтверждаю согласие на проведение операции удаления № _____ зуб.

«_____» _____ 20____ года

Подпись пациента _____ /

_____ (расшифровка подписи)

Подпись врача _____ /

_____ (расшифровка подписи)

Я понимаю, что зубоврачебная практика — не точная наука, поэтому невозможно предугадать точный результат операции или лечения.

Мой врач разъяснил мне, что невозможно точно предсказать способность десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента. Я понимаю, что бывают случаи неудач, когда зуб приходится удалять в связи с развившимися осложнениями.

Я согласен(на) на проведение метода анестезии, выбранного моим врачом.

Я согласен(на) на любое рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.

Я согласен(на) регулярно посещать моего врача для осмотра и профилактических процедур.

Я одобряю рекомендованное лечение. Я полностью осознал(а), что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата. Эти дополнительные процедуры могут потребовать дополнительной оплаты.

Я получил(а) ответы на все вопросы и добровольно соглашаюсь на предложенное мне лечение.

Я подтверждаю согласие на проведение операции удаления № _____ зуб.

«_____» _____ 20____ года

Подпись пациента _____ /

_____ (расшифровка подписи)

Подпись врача _____ /

_____ (расшифровка подписи)

Информированное добровольное согласие на операцию удаления зуба

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

врачом _____ проинформирован(а) о необходимости проведения операции по удалению № _____ зуб.

Я получил(а) от своего врача всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении. Мой врач внимательно меня осмотрел и разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения.

Я был(а) проинформирован(а) о возможном риске и возможных осложнениях, сопутствующих подобным операциям, методам анестезии, приему лекарств. Они включают в себя:

1. Боль, тошноту, воспаление в послеоперационном периоде.
 2. Онемение языка, губ, подбородка, зубов, и это онемение может остаться навсегда.
 3. Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся до нескольких дней, по поводу которого доктор назначит препараты, если сочтет необходимым.
 4. Нарушение целостности верхнечелюстных (гайморовых) пазух, воспалительные осложнения в области верхнечелюстных (гайморовых) пазух.
 5. Ограниченное открывание рта.
 6. Повреждение имеющихся зубов.
 7. Переломы кости верхней или нижней челюсти.
 8. Развитие послеоперационных отеков.
 9. Флебиты, кровотечения.
 10. Аллергические реакции и другие неожиданные последствия и осложнения.
- Точная продолжительность лечения не может быть предсказана и может меняться.

Информированное добровольное согласие на операцию удаления зуба

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

врачом _____ проинформирован(а) о необходимости проведения операции по удалению № _____ зуб.

Я получил(а) от своего врача всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении. Мой врач внимательно меня осмотрел и разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения.

Я был(а) проинформирован(а) о возможном риске и возможных осложнениях, сопутствующих подобным операциям, методам анестезии, приему лекарств. Они включают в себя:

1. Боль, тошноту, воспаление в послеоперационном периоде.
 2. Онемение языка, губ, подбородка, зубов, и это онемение может остаться навсегда.
 3. Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся до нескольких дней, по поводу которого доктор назначит препараты, если сочтет необходимым.
 4. Нарушение целостности верхнечелюстных (гайморовых) пазух, воспалительные осложнения в области верхнечелюстных (гайморовых) пазух.
 5. Ограниченное открывание рта.
 6. Повреждение имеющихся зубов.
 7. Переломы кости верхней или нижней челюсти.
 8. Развитие послеоперационных отеков.
 9. Флебиты, кровотечения.
 10. Аллергические реакции и другие неожиданные последствия и осложнения.
- Точная продолжительность лечения не может быть предсказана и может меняться.