

# ООО «Поликлиника «ЮКАС»

город Пермь

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

## СОГЛАСИЕ пациента на проведение эндодонтического лечения.

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф. И. О. пациента)

уполномочиваю врача – стоматолога \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. врача)

провести эндодонтическую операцию \_\_\_\_\_

После обследования врач поставил мне следующий диагноз: \_\_\_\_\_

- и предложил мне оперативное устранение дефекта. Врач пояснил, что в данном случае эндодонтическое вмешательство является самым радикальным способом ее лечения и имеет высокий процент клинического успеха. Тем не менее, я понимаю, что данное лечение является биологической процедурой и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии. Мне известно, что существует определенный процент недостижения оптимального результата лечения при подобных оперативных вмешательствах, и впоследствии может потребоваться медикаментозное, физиотерапевтическое, хирургическое лечение. Я имею право отказаться от предложенного лечения, хотя знаю, что имеющаяся у меня дефект (может / не может) \_\_\_\_\_ нанести вред моему здоровью. Врач понятно объяснил мне все возможные осложнения, которые могут произойти во время операции. Врач объяснил, что возможно изменение плана операции или отказ от нее по обстоятельствам, выявленным в ходе операции.

Я осведомлен (а) о том, что в послеоперационном периоде (даже при успешном завершении операции) могут развиваться осложнения, способные привести к хирургическому вмешательству.

Я поставлен (а) в известность о том, что после операции возможны неблагоприятные последствия, выраженные во временном ограничении трудоспособности, неприятных болевых ощущениях, отеке мягких тканей в зоне вмешательства, в связи с чем врач может назначить мне дополнительное лечение.

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков, поэтому я проинформировал (а) врача \_\_\_\_\_ обо всех случаях аллергических реакций на такого рода медицинские препараты, возникавших у меня ранее.

Врач объяснил мне, что успех лечения зависит от точности и своевременности выполнения мною его назначений и рекомендаций. Мне также понятно, что в случаях ухудшения самочувствия, возникновения неприятных или болевых ощущений в зоне оперативного вмешательства я обязан (а) поставить об этом в известность врача \_\_\_\_\_ и явиться к нему на прием, не обращаясь за помощью к специалистам других лечебных учреждений, за исключением рекомендованных мне врачом \_\_\_\_\_.

Я понимаю сущность предложенного лечения, мне объяснены все возможные исходы лечения. Я имел (а) возможность задавать врачу \_\_\_\_\_ все интересующие меня вопросы.

Я полагаю, что в моих интересах приступить к предложенному лечению. Согласие на проведение операции дано мною добровольно.

Я даю разрешение моему лечащему врачу \_\_\_\_\_ делать любые диагностические мероприятия, которые он сочтет необходимыми. Результаты обследований в дальнейшем считаются неотъемлемой частью истории болезни и хранятся вместе с нею.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с изложенными выше положениями и понимаю юридические последствия, влекущие подписание данного документа.

Подпись врача \_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_