

**Информированное добровольное согласие на медицинское
вмешательство
Отказ от КТ обследования**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства,

Я,

(фамилия, имя, отчество пациента)				
проинформирован(а)	о	поставленном	диагнозе	
(диагноз)				
и	необходимости	проведения	хирургической	операции

Я информирован(а), что при отказе от компьютерной томографии (рентгенологического обследования) врач не сможет провести качественную диагностику заболевания и исключить вероятность возникновения осложнений, поэтому соглашаюсь с возможностью нижеперечисленных осложнений во время и после лечения:

- травматическое удаление зуба и его последствия (кровотечение, инфицирование раны, периостит);
- перфорация гайморовой пазухи,
- развитие одонтогенного гайморита,
- перелом челюсти.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость восстановительного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

**Информированное добровольное согласие на медицинское
вмешательство
Отказ от КТ обследования**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства,

Я,

(фамилия, имя, отчество пациента)				
проинформирован(а)	о	поставленном	диагнозе	
(диагноз)				
и	необходимости	проведения	хирургической	операции

Я информирован(а), что при отказе от компьютерной томографии (рентгенологического обследования) врач не сможет провести качественную диагностику заболевания и исключить вероятность возникновения осложнений, поэтому соглашаюсь с возможностью нижеперечисленных осложнений во время и после лечения:

- травматическое удаление зуба и его последствия (кровотечение, инфицирование раны, периостит);
- перфорация гайморовой пазухи,
- развитие одонтогенного гайморита,
- перелом челюсти.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость восстановительного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне хирургической операции на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись) (ФИО полностью)

Дата « ____ » _____ 202__ г.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне хирургической операции на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись) (ФИО полностью)

Дата « ____ » _____ 202__ г.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.