

**Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на хирургическое лечение  
ООО «Дентал-Мед» стоматологической клиники, расположенной по адресу:  
г.Канаш, ул. Железнодорожная, 89**

Мне \_\_\_\_\_, в доступной для меня форме предоставлена информация о предстоящем хирургическом приеме и оказании мне стоматологической помощи.

Я предупрежден(а) о возможности возникновения осложнений в связи с проводимыми манипуляциями вследствие наличия у меня заболеваний полости рта или челюстно-лицевой области, наличием сопутствующих заболеваний, а также в связи с индивидуальными особенностями организма:

- повреждения коронковой части соседних зубов
- повреждение ортопедических и ортодонтических конструкций в полости рта
- гематома и болей в области проведения анестезии
- луночковых болей после удаления зуба и альвеолита в области удаленного зуба
- кровотечения после удаления зуба, вскрытия и дренирования гнойных очагов
- парестезии в области нижней губы, верхней губы и языка
- возникновения сообщения между полостью рта и воздухоносными пазухами верхней челюсти
- появления отека мягких тканей и/или увеличение имеющегося отека после проведения хирургических манипуляций

- возникновения контрактуры жевательных мышц
- возникновение болей при глотании и повышение температуры тела после оказания помощи
- возникновение общих и местных аллергических реакций

Я предоставил(а) полную информацию об имеющихся заболеваниях и противопоказаниях.

Я проинформирован(а) о необходимости выполнения данных мне врачебных рекомендаций после оказания помощи, а также о проведении рентгенологического обследования для уточнения диагноза. Я извещён(а) о дате и необходимости явки на контрольный осмотр, перевязку, рентгенологическое обследование.

Я даю согласие на осмотр, оказание мне стоматологической помощи

Дата	Подпись пациента	Подпись врача, ф.и.о.	Дата	Подпись пациента	Подпись врача, ф.и.о.