

**Інформаційна згода
на проведення хірургічної операції (вилучення зуба, резекція)**

Я _____
проінформований(на) про необхідність хірургічної операції _____

і розумію мету її проведення.

Лікар поставив мені наступний діагноз: _____

Наслідками відмови від даної операції можуть бути:

- прогресування захворювання;
- розвиток інфекційних ускладнень;
- поява або наростання болю;
- загострення системних захворювань організму.

Альтернативним методом лікування є відсутність його взагалі.

Я розумію необхідність рентгенологічного контролю якості лікування окрім того зобов'язуюся приходити на контрольні огляди (за графіком, узгодженим з лікарем і записаним в історії хвороби).

Я проінформований(на) про можливі ускладнення під час анестезії і при прийомі антибіотиків. Я повідомив(ла) лікаря про всі випадки алергічних реакцій до медикаментозних препаратів у минулому та на даний час.

Розуміючи сутність операції й унікальність власного організму, я згоден(на) з тим, що ніхто не може прогнозувати точний результат запланованої операції. Але я вважаю, що ця операція — в моїх інтересах.

Мені були пояснені всі можливі наслідки хірургічного лікування. Я також мав(мала) можливість запитувати лікаря про все, що мене цікавило.

Я уважно ознайомився(лася) з даним документом і розумію, що він має юридичну силу і несе для мене правові наслідки.

Даний документ є додатком і невід'ємною частиною історії хвороби.

Підпис _____

«14» листопада 2024
(дата)