

**МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР**  
**ТОВ «МЕРЕЖА ЕСТЕТИЧНИХ КЛІНІК**  
**«АКУЛА»»**

Медична карта №

**Інформована згода**  
**на проведення хірургічного стоматологічного втручання**

Я, \_\_\_\_\_ цим  
підтверджую факт надання усвідомленої згоди на проведення **стоматологічної хірургічної операції**:

**Діагноз** (заповнюється лікарем): \_\_\_\_\_

Операцію буде проводити **лікар-стоматолог-хірург** \_\_\_\_\_

У мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації та намірів лікаря, який буде проводити втручання.

Своїм підписом я підтверджую, що до початку лікування мені у повністю зрозумілому та доступному вигляді була надана інформація стосовно стану мого здоров'я, поставленого діагнозу, можливого прогнозу, найбільш ефективних для мене методів лікування, а також ризиків і ускладнень запланованих медичних втручань.

Я повністю зрозумів (ла) мету та характер медичних втручань, їх лікувальний та естетичний ефект. Я мав (ла) можливість поставити всі питання, що мене цікавили, та отримати на них повні, зрозумілі для мене відповіді.

**Лікар пояснив мені суть лікування та повідомив про наступне:**

1. Альтернативним методом лікування є відсутність самого лікування.
2. Наслідками відмови від даної операції можуть бути:
  - прогресування захворювання;
  - розвиток інфекційних ускладнень;
  - поява болючих відчуттів;
  - загострення хронічних захворювань організму.

**Зі мною узгоджені:** індивідуальний рекомендований план лікування, технології (методи) і матеріали лікування, вартість та строки лікування. Мене повідомлено про можливість уточнення діагнозу в процесі лікування та відхилення від затвердженого плану лікування у вигляді позапланових маніпуляцій та / або зміни строків лікування. Про необхідність проведення додаткових процедур та зміни вартості лікування лікар повідомить мене додатково.

**Я повністю усвідомлюю та погоджуюсь з наступним:**

1. Хірургічне лікування є втручанням в біологічну систему організму, в якому всі процеси протікають індивідуально, та, як будь-яка медична операція, не може мати стовідсоткової гарантії на успіх, навіть при ідеальному виконанні всіх етапів. Очікуючи позитивних результатів, я усвідомлюю, що мені не можуть бути надані стовідсоткові гарантії щодо успішності результатів операції.
2. Я погоджуюся на тип анестезії за вибором лікаря. Я проінформований (на) про можливі ускладнення під час анестезії та при прийомі анальгетиків і антибіотиків. Я надав (ла) лікарю всю відому мені інформацію щодо стану мого (моєї дитини) здоров'я, наявних захворювань відповідно до анкети пацієнта та повідомив (ла) про всі алергічні реакції на медичні препарати та анестетики, що мали місце.
3. У випадку виникнення непередбачуваних ситуацій чи ускладнень під час втручання я заздалегідь даю згоду на застосування всіх необхідних та можливих заходів з їх усунення.
4. Я розумію необхідність рентгенологічного контролю якості лікування і зобов'язуюся приходити на контрольні огляди (за графіком, погодженим з лікарем).

Я даю згоду на фотографування та/або відеозйомку обличчя та ротової порожнини до, під час та після лікування. Я розумію, що це необхідно для здійснення діагностично-лікувального процесу та контролю перебігу захворювання. Ці матеріали та медична карта є власністю Центру та можуть бути опубліковані в медичній літературі або продемонстровані для медичного навчання без ідентифікації особистості.

Я даю згоду на обробку та внесення до локальної інформаційної системи Центру моїх персональних даних, у т.ч. щодо стану здоров'я, діагнозів, призначеного лікування, його перебігу.

Текст цього документу мною прочитано та своїм підписом я повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено. Я розумію, що ця згода є юридичним документом і тягне для мене правові наслідки.