

## Інформована згода на проведення хірургічної операції

Надання Клінікою послуг по хірургічному втручанню означає, що Клієнт перед початком надання таких послуг поінформований про їх суть, особливості, та очікувані результати, згоден на їх надання, та заявляє про наступне:

1. Лікар обґрунтував необхідність хірургічної операції. Я ознайомлений з можливими негативними наслідками в разі відмови від хірургічного втручання: прогресування захворювання, розвиток інфекційних ускладнень, поява або наростання болю, загострення системних захворювань організму тощо. Я розумію, що дана операція проводиться в моїх інтересах.
2. Мені була надана можливість задавати питання, що цікавили мене з приводу хірургічного втручання та мною отримано відповіді на них в доступній та зрозумілій формі.
3. Я проінформований про можливі ускладнення під час подібних операцій, використання анестезії та при прийомі антибіотиків. Вони можуть включати в себе: тимчасовий дискомфорт після операції, що триває до декількох днів, короткочасне оніміння язика, губ, підборіддя, обмеження у відкриванні рота, набряк ясен біля місця втручання, алергічні реакції тощо. У випадку ускладнених операції можливе пошкодження суміжних зубів, вивих або переломи щелеп. Я розумію про важливість повідомити лікаря про усі випадки алергічних реакцій до медикаментозних препаратів у минулому та на даний час.
4. Зі мною узгоджені методи анестезії та матеріали, що будуть використані в процесі лікування. Я ознайомлений з вартістю лікування;
5. Я розумію, що кожен організм є індивідуальним, а тому неможливо передбачити здатність ясен та кісток щелеп до за живлення та відновлення та гарантувати стовідсотково позитивний результат.
6. Я згоден на рентгенологічне обстеження та зобов'язуюсь виконувати рекомендації лікаря після проведеної операції.
7. Я уважно ознайомлений(на) з цим документом і розумію, що останній має юридичну силу і несе для мене правові наслідки.