

Информированное добровольное согласие на удаление зубов

Я согласен(а) на удаление зубов, осознаю что это возможно может повлечь возникновение нижеследующих (а возможно и не только) осложнений:

- луночковое кровотечение - луночковая послеоперационная боль (альвеолит) - ограниченный остеомиелит лунки зуба - невропатия нижнего луночкового нерва - перелом коронки и корня удаляемого зуба - проталкивание корня зуба в мягкие ткани	- повреждение десны и мягких тканей полости рта - отлом участка альвеолярного отростка - перфорация дна верхнечелюстной пазухи - вывих челюсти - нарушения в деятельности жевательных мышц, боли; - проблемы приема пищи
--	--

Удаление зубов (зубная формула будет прописана в журнале Ознакомления), я прошу провести по моему добровольному согласию.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них. Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.