



СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ КЛИНИКИ

**Сау тістерді жұлуға ақпараттандырылған ерікті келісім
(хирургқа жолдамасыз жүгіну)**

Мен сау тістерімді жұлуға келісемін, мұның салдарынан төмендегі асқынулардың туындауы мүмкін екенін түсінемін:

<ul style="list-style-type: none">тіс қуысынан қан кету- жасалған отадан кейін тіс қуысының ауыруы (альвеолит)- тіс қуысының шектеулі остеомиелиті- төменгі тіс қуысы жүйесінің невротиясы- жұлынатын тіс қаптамасы мен тамырының сынуы- тіс тамырының жұмсақ тінге енуі	<ul style="list-style-type: none">- қызылиек пен ауыз қуысының жұмсақ тінінің зақымдалуы- альвеолярлық өскін бөлігінің сынуы- үстіңгі жақ қуысы түбінің перфорациясы- жақтың шығуы- шайнау бұлшықеттерінің қызметінің бұзылуы, ауыруы;- тамақтанудағы қиындықтар
---	---

Сау тістерді жұлуды менің ерікті келісімім бойынша жүргізуді сұраймын.

Мен өзімді мазалаған барлық сұрақтарды қою мүмкіндігіне ие болдым және оларға толық жауап алдым.

Мен осы құжатпен мұқият танысып шықтым және оның заңды құжат болып табылатынын және мен үшін құқықтық салдарының барын түсінемін.