

**Информированное добровольное согласие
на проведение медицинского вмешательства**

1. Я, _____, был проинформирован и понимаю цель и суть хирургической процедуры для установки имплантата. Я понимаю, что необходимо выполнить установку имплантата под десну или в кость.

2. Мой доктор тщательно обследовал мой рот. Мне объяснили альтернативные методы лечения. Я пробовал или рассматривал эти методы, но я предпочитаю имплантаты для восстановления отсутствующих зубов.

3. Я был предупрежден о возможном риске и возможных осложнениях, возникающих в ходе и после операции и анестезии, а также в результате приема лекарственных препаратов. Эти осложнения: боль, отек, инфекция и изменение цвета слизистой оболочки полости рта и десны. Могут появиться онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов. Точная продолжительность лечения не может быть определена. Также возможно воспаление вен, повреждение имеющихся зубов, перелом кости, денитрация пазухи, отсроченные заживление, аллергические операции на используемые лекарства и т.д.

4. Я понимаю, что если ничего не предпринимать, может случиться следующее: заболевание кости, атрофия костной ткани, воспаление десны, подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления. Также возможно возникновение патологии височно-нижнечелюстного сустава, головной боли, иррадирующей боли в шею сзади и в мышцы лица, утомляемость жевательных мышц.

5. Мой доктор объяснил мне, что не существует способа предсказать заживающих способностей десны и костной ткани после проведения операции.

6. Доктор объяснил мне, что в определенных случаях имплантаты не приживаются и требуют удаления. Я знаю и понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой и не может быть дано никаких гарантий на результат лечения и исход операции.

7. Я понимаю, что курение, прием алкоголя, употребление сахара могут повлиять на заживление десны и снижают успех лечения. Я согласен следовать инструкциям моего врача по уходу за полостью рта в послеоперационном периоде и на протяжении всего времени, пока имплантаты будут находиться у меня в полости рта.

8. Я согласен являться на профилактические осмотры с периодичностью _____ для контроля состояния имплантатов и десны.

Я знаю, что в случае неявки на профилактические осмотры, для меня могут возникнуть следующие негативные последствия:

9. Я согласен на тип анестезии по выбору моего доктора. Я согласен не управлять автомобилем и не работать с другими опасными аппаратами по меньшей мере в ближайшие 24 часа после операции, до полного восстановления моего состояния после использования лекарственных средств.

10. Я сообщил точные данные о своем физическом и душевном здоровье. Кроме того, я сообщил о всех имевших место аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль; болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях и другие сведения, запрашиваемые доктором.

11. Я согласен на использование моих фотографий и киносъемки, рентгеновских снимков на мероприятиях по усовершенствованию имплантологов, без указания моего имени и фамилии.

12. Я знаю о том, что после проведения хирургического этапа имплантации, заживления десны и вживления имплантата, последует протезирование дефекта зубного ряда и мне будут установлены протезы на имплантаты из _____ материала.

13. Я знаю, что в случае неудачи имплантации на каждом из этапов (хирургическом или ортопедическом):

- клиника берет на себя обязательство по удалению имплантатов;
- финансовые затраты на протезирование с использованием имплантатов не возвращаются, новый план протезирования оплачивается мной полностью.

14. Я прошу предоставить мне медицинские стоматологические услуги, включая установку имплантатов и другие операции. Я полностью понимаю, что во время и после процедуры, операции и лечения состояние может измениться, тогда по усмотрению врача для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия. Я разрешаю любые изменения дизайна, материалов или ухода, если они будут сделаны для моего собственного блага.

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни и собственностью стоматологического кабинета.

Подпись пациента _____

Подпись врача _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.