

Утверждаю
Генеральный директор,
ООО «ПРЕМЬЕРДЕНТАЛ»
_____ **Чернов П. В.**

ФОРМА ДОБРОВОЛЬНОГО ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИМПЛАНТАТОВ, КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ И КОСТНОРЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ
(ст.20 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ“Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”)

1. Я, _____,
Фамилия, имя, отчество - полностью
- соглашаюсь с тем, что мое лечение будут проводить в стоматологической клинике доктора Алексеевой, ООО «ПРЕМЬЕРДЕНТАЛ», имеющую лицензию на осуществление медицинской деятельности, выданную Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития (Росздравнадзор).
2. Я информирован о цели и характере предполагаемого лечения, существующих способах и методах лечения.
- 2.1. Мне объяснили возможность протезирования с применением имплантатов, а также другие альтернативные способы протезирования без применения имплантатов.
- 2.2. Я осознаю, что предстоящая дентальная имплантация не является жизненно необходимой.
- 2.3. Мне известно, что зубной (дентальный) имплантат представляет собой титановую конструкцию, которую устанавливают в костную ткань альвеолярного отростка челюсти для замещения корневой части отсутствующего естественного зуба.
- 2.4. Мне известно, что имплантация, как метод подготовки полости рта к протезированию, позволяет восстановить утраченный зуб, не повреждая при этом здоровые соседние зубы, а также создать дополнительные опоры и изготовить несъемную конструкцию взамен показанного при имеющейся клинической картине съемного протеза. Кроме того, имплантат может служить в качестве опоры для улучшения фиксации съемного протеза.
- 2.5. Мне разъяснено, что при малом объеме костной ткани имплантат не может быть установлен и для создания необходимого количества кости требуется дополнительные костнопластические оперативные вмешательства. В зависимости от тактики хирургического вмешательства возможно отсроченное протезирование.
- 2.6. Я информирован (а), что во время операции врач может изменить её план в зависимости от фактического состояния костной ткани.
- 2.7. Меня предупредили, что количество и качество вновь образованной костной ткани после костнопластических оперативных вмешательств зависит от особенностей моего организма.
- 2.8. Я информирован (а), что имплантанты в послеоперационном периоде могут вызывать реакцию отторжения, что приведёт к их удалению
- 2.9. Врач определил возможность проведения операции, а решение об имплантации принимается мною самостоятельно. Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения (ст.20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”)
3. Мне разъяснено, что перед проведением имплантации и протезирования я обязан(а) пройти гигиеническую подготовку и санацию полости рта, рентгеновское обследование, компьютерную томографию зоны интереса. Я обязан(а) также пройти клиническое обследование и выполнять все необходимые дополнительные обследования, которые могут потребоваться в процессе лечения.
4. Мне понятен предлагаемый метод лечения. Со мной согласованы методы лечения и стоимость отдельных процедур и лечения в целом. Меня предварительно информировали о планируемом виде и количестве имплантатов. Я осведомлен(а), что в процессе оперативного вмешательства может возникнуть необходимость изменения или отклонения от планируемого оказания медицинской помощи, что диктуется возникшей клинической необходимостью.

5. Я информирован(а), что операция будет проводиться под местным обезболиванием и премедикацией по методикам, утвержденным МЗ РФ, с использованием лицензированных стоматологических имплантатов и костнопластических материалов.
- 5.1. Я доверяю выбор анестезиологического пособия своему лечащему врачу и привлеченным по его выбору специалистам, информировавшим меня о возможных последствиях и нежелательных результатах анестезии.
- 5.2. Меня предупредили, что существует определенный риск и возможность непредвиденных осложнений в процессе и после проведения оперативного вмешательства (боль, гематома, припухлость, кровотечение, повреждение зубов, воспалительные процессы в десне и кости, пенетрация верхнечелюстной пазухи, онемение слизистой оболочки губ и кожи подбородка и др.), не связанные с нарушением технологии имплантации. Для устранения таких нежелательных проявлений может потребоваться дополнительное лечение, которое, в случае необходимости, я обязуюсь оплатить по прейскуранту клиники, действующему на день оказания услуги.
- 5.3. Я информирован(а) о среднем сроке службы имплантатов и среднестатистическом проценте их приживления, а так же о проценте положительных результатов при костнопластических и костнореконструктивных операциях.
- 5.4. Я информирован(а), что в случае отторжения имплантата в течение года с момента проведения операции мне может быть проведена повторная операция – бесплатно.
6. Я подтверждаю, что предложенная мне анкета при оформлении амбулаторной карты о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях заполнена мною лично. Я предоставил(а) полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, проведенных ранее обследованиях и лечении, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых услуг.
- 6.1. Меня предупредили, что неудовлетворительный уровень гигиены полости рта, тяжелые формы пародонтита, бруксизм являются противопоказаниями к имплантации и сокращают срок службы имплантата.
- 6.2. Мне известно, что вредные привычки (курение, употребление наркотиков, злоупотребление алкоголем) резко повышают риск неудачи имплантации.
7. Я ознакомлен(а) с предварительным планом ортопедического лечения.
8. Мне разъяснено, что окончательный план протезирования будет определен, и я с ним буду ознакомлен(а) после проведения успешной имплантации и приживления имплантата.
9. Я согласен(а), что в случае моего отказа от ортопедического лечения и осуществления его где-либо в другом месте, клиника не несет ответственности за возможную несостоятельность имплантатов.
10. Я предупрежден(а) о поведении непосредственно перед операцией и после операции (щадящая мягкая диета, питание должно быть полноценным и рациональным, после имплантации необходимы регулярные визиты на контрольные осмотры, тщательная гигиена полости рта, выполнение всех назначений лечащего врача, информирование лечащего врача обо всех изменениях, которые могут произойти в послеоперационном периоде). В случае несоблюдения инструкций риск возникновения осложнений увеличивается в несколько раз.
11. Мне известно, что только в случае обязательных профилактических осмотров и проведения профессиональной гигиены (1 раз в полгода) я могу рассчитывать на определенный гарантийный срок результатов имплантологического лечения и протезирования.

Я внимательно ознакомился(ась) со всеми пунктами данного документа. На все интересующие меня вопросы были получены исчерпывающие ответы. Своей подписью я заверяю, что полностью понял(а) суть подписываемого документа и соглашаюсь с ним.

Подпись пациента _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись лечащего врача _____ / _____ /