

Добровольное информированное согласие на
ИМПЛАНТАЦИЮ ЗУБОВ

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 30,31,32,33
Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан
от 22 июля 1993 года № 5487-1.

1. Я _____ соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводиться в стоматологической клинике врачами хирургами: _____.
2. Я был(а) проинформирован, и Я понимаю цель и суть хирургической процедуры установки имплантата(ов). Я понимаю, что необходимо выполнить установку имплантата под десну в кость.
3. Я получил(а) от лечащего врача всю интересующую информацию о предстоящем лечении. Я согласен(а) с планом лечения (установки имплантатов). Мне понятно, что зубы и слизистая оболочка полости рта должны быть санированы (вылечены) до начала хирургического лечения.
4. Я был(а) предварительно проинформирован, что одним из основных факторов успешного лечения является хорошая гигиена полости рта. При несоблюдении мной правил гигиены полости рта возможно развитие осложнений в виде переимплантата.
5. Я информирован(а), что перед установкой имплантата(тов) должна быть проведена профессиональная гигиена полости рта, которая может быть назначена повторно при ненадлежащей гигиене.
6. Я информирован(а) о том, что при необходимости врач может назначить профилактические мероприятия с целью предупреждения развития осложнений.
7. Я согласен(а) на присутствие во время приёма врачей, получающих консультацию у врача-хирурга.
8. Я информирован(а) о том, что при необходимости врач может назначить профилактические мероприятия с целью предупреждения развития осложнений.
9. Я информирован(а) о том, что при необходимости врач-хирург может привлекать других специалистов клиники для консультации (ортопеда, терапевта, пародонтолога, ортодонта и др.).
10. Мой доктор тщательно обследовал мой рот. Мне объяснили альтернативные методы лечения. Я пробовал(а) или рассматривал(а) эти методы, но Я предпочитаю имплантаты для восстановления отсутствующих зубов.
11. Я был(а) предупреждён(а) о возможном риске или осложнениях операции, лекарств и анестезии. Эти осложнения: боль, отёк, инфекция и изменение цвета. Могут появиться онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов. Точная продолжительность лечения не может быть определена или может измениться. Также возможно воспаление вен, повреждение имеющихся зубов, перелом кости, пенетрация пазухи, длительное заживление, аллергические реакции на используемые лекарства.
12. Я понимаю, что если ничего не предпринимать, может случиться следующее: заболевание кости, атрофия костной ткани, воспаление десны, подвижность зубов, а это может привести к необходимости их удаления. Также возможно возникновение патологии височно-нижнечелюстного сустава, головной боли, иррадиирующей боли в шею сзади и в мышцы лица, утомляемости жевательных мышц.
13. Мой доктор объяснил мне, что не существует способа точно предсказать заживляющих способностей десны и костной ткани после проведения операции.
14. Мне объяснили, что в определенных случаях имплантаты не приживаются и требуют удаления. Я знаю и понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой; не может быть дано 100 % гарантий на результат лечения или операции.
15. Я понимаю, что курение, приём алкоголя, употребление большого количества сахара могут повлиять на заживление десны и снижают успех лечения. Я согласен(сна) следовать инструкциям моего врача по уходу за полостью рта. Я согласен(сна) регулярно посещать моего доктора в зависимости от его указаний.
16. Я согласен(сна) на тип анестезии по выбору моего доктора. Я согласен(сна) не управлять автомобилем или работать с другими опасными аппаратами, по меньшей мере, ближайшие 24 часа после операции, до полного восстановления моего состояния после использования лекарственных средств.
17. Я сообщил(а) точные данные о своём физическом и душевном здоровье. Кроме того, я сообщил(а) о всех имевших место аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, и заболеваниях касающихся моего здоровья.
18. Я согласен(сна) на использование моих фотографий и киносъёмки, рентгеновских снимков моим лечащим врачом по его усмотрению без указания моего имени и фамилии. Я согласен(а) на использование диагностических записей, контрольных моделей, телерентгенограммы, анонимных фотографий до и после лечения для публикаций в печатном и электронном виде.
19. Я прошу предоставить и подтверждаю разрешение на предоставление мне медицинских стоматологических услуг, 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.

Дата: _____

Врач _____ / _____ /

Пациент / _____ / _____ /

Если пациент не способен поставить подпись или несовершеннолетний, подпись родителя или опекуна.

Свидетель/администратор/ _____ / _____ /