

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ИМПЛАНТАЦИЮ

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со *ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»*, сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я,

ФИО полностью

Соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач

ФИО

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о сути имплантации:

*Целью операции* установки дентального (зубного) имплантата является установка в кость челюсти титанового винта, который является прототипом корня зуба. После приживления имплантата производится установка коронки. Средний срок приживления имплантата составляет от 3 до 7 месяцев. Для установки имплантата необходимо проведение местного обезболивания, рассечение слизистой оболочки полости рта в зоне имплантации, формирование ложа для установки имплантата с помощью вращающихся инструментов, наложение швов на слизистую оболочку в момент завершения операции. После проведения хирургического этапа имплантации (вживление имплантата, заживления десны и установки формирователя десны) последует ортопедический этап (то есть установка коронки или протеза по ситуации с дополнительным планом протезирования).

В процессе лечения допустимо уточнение диагноза, коррекция рекомендованного плана или отказ от его осуществления в зависимости от клинической ситуации, о чем меня уведомит врач.

Мне сообщено и понятно, что для лечения могут понадобиться дополнительные обследования, о чем меня уведомит врач, а именно:

- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля;
- консультация у врача(ей)-стоматолога(ов) иного профиля;
- проведение обследования на аллергические реакции на используемые материалы;
- рентгенологические обследования;
- лабораторные исследования и анализы.

Я проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья, обо всех случаях аллергии, а также о противопоказаниях, для проведения имплантации: ВИЧ инфекция, онкологические заболевания, различные формы туберкулеза, лейкопения и др.

Я понимаю, что отказ от перечисленных выше обследований может повлечь осложнения и Исполнитель не несет ответственности в случае их возникновения, если я не сообщил(а) или не знал(а) о своих противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение лечения.

Мне сообщены возможные альтернативные варианты лечения \_\_\_\_\_

Я проинформирован(а):

- о возможных негативных последствиях отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно: атрофия костной ткани; воспаление десны; подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления; патология височно-нижнечелюстного сустава; головные боли, иррадиирующие боли в шею сзади и в мышцы лица; утомляемость жевательных мышц и др.;
- о возможных последствиях под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей; кровоизлияние в месте укола; снижение внимания; аллергические реакции; онемение участков мягких тканей и др.;
- о возможных последствиях приема анальгетиков и антибиотиков и других рекомендованных лекарственных препаратов, а именно: аллергические реакции; изменение витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры и др.;
- о возможных осложнениях в ходе и после операции, а именно:
- кровотечение; перфорация имплантатом гайморовой пазухи, с развитием впоследствии синусита (воспаление околоносовых пазух) при манипуляциях в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, обусловленная анатомо-физиологическими особенностями человека; отторжение имплантата; проникновение имплантата в процессе приживления в гайморову пазуху или нижнечелюстной канал. Перелом вращающихся хирургических инструментов; повреждение стенки нижнечелюстного канала и травма нерва, который проходит в

челюсти; перелом стенки альвеолярного отростка; отсутствие фиксации имплантата в момент установки; боль, отек, инфекция или изменение цвета слизистой оболочки полости рта и десны; онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов; повреждение имеющихся зубов; открытие гайморовой пазухи и др.

*Мне сообщено и понятно*, что одним из критериев эффективности оказания медицинских услуг является результат проведенного лечения, подтвержденный рентгенограммами до, после и в процессе лечения в соответствии с согласованным планом лечения. Я даю согласие на фотографирование моего лица и зубных рядов при оказании мне медицинских услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью клиники.

*Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.*

Если после проведенной операции (до проведения протезирования) не происходит приживание имплантата:

- при условиях дальнейшего ортопедического лечения в ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1» осуществляется повторная имплантация. Пациент оплачивает только стоимость имплантата и расходные материалы;
- при невозможности повторной имплантации, при условии дальнейшего ортопедического лечения в ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1», пациенту возвращается номинальная стоимость медицинской услуги за вычетом стоимости имплантата и расходных материалов.
- Во всех случаях пациенту гарантируется:
- использование сертифицированных имплантатов;
- врачебный контроль над процессом приживания имплантата.

*Мне названы и со мной согласованы:*

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть.

**В случае повышения стоимости лечащий врач предупредит меня и обоснует это.**

Я понимаю, что в ходе лечения может возникнуть необходимость дополнительного обследования, и манипуляции, о чем меня уведомит врач. Поэтому при невозможности установки имплантатов из-за состояния костной ткани, операция может быть прекращена и проведена подготовка места для установки имплантатов путем мягкотканной пластики или аугментации кости: • синус-лифтинг, • расщепление гребня, • пересадка костных блоков • прочие манипуляции:

---

---

---

---

---

---

---

---

Я обязуюсь выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

Предоставляю ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника №1 г. Белгорода» право осуществления фото- и видеофиксации, диагностики, консультации, лечения и оперативного вмешательства безвозмездно и без ограничений времени использования моего фото- и видеоизображения.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я внимательно ознакомил(ся, ась) и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

*Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.*

Дата: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО полностью

*Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал(а) ответы на все вопросы.*

\_\_\_\_\_  
подпись

\_\_\_\_\_  
ФИО врача