

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «Закон 323-ФЗ»). Этот документ содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение медицинского вмешательства:

**дентальная имплантация, направленная костная регенерация,
пластика мягких тканей, костная пластика, синуслифтинг**

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)

зарегистрированный по адресу: _____,
(адрес места жительства гражданина)

подтверждаю, что лечащий врач-стоматолог _____
проинформировал меня, что в результате предварительного обследования мне установлен
диагноз: _____
(заполняется врачом).

Диагноз мне понятен. Для лечения заболевания мне предложено медицинское вмешательство, о сути которого я получил(а) исчерпывающую информацию в доступной для меня форме. Я информирован(а) о возможных методах лечения и обезболивания. Мне понятны и разъяснены медицинские термины. Я понимаю что такое дентальная имплантация, направленная костная регенерация, пластика мягких тканей, костная пластика и синуслифтинг. Я знаю альтернативные варианты лечения – классическое несъемное или съемное протезирование.

Я знаю, что после проведения хирургического этапа последует ортопедический этап (установка коронки или протеза – по ситуации и в соответствии с дополнительным планом), который будет проведен врачом-ортопедом. Я предупрежден(а), что в исключительных случаях ООО «Жемчуг» может заменить лечащего врача с моего предварительного уведомления и согласия. Мне названы и со мной согласованы технологии и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, планируемые сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур и лечения в целом.

Я понимаю допустимость уточнения диагноза в процессе лечения, а также возможность его расширения во время оперативного вмешательства или изменения намеченного плана лечения и даже отказ от его осуществления на хирургическом или ортопедическом этапе – в зависимости от ситуации, о чем меня уведомит врач. При этом я понимаю и согласен, что в процессе лечения его предварительная стоимость может быть изменена в связи с вышеуказанными обстоятельствами, которые невозможно предвидеть заранее.

Я понимаю, что отсутствие лечения – альтернативный вариант лечения. Мне разъяснены возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения: атрофия костной ткани, воспаление десны, подвижность зубов, которая может привести к их удалению, патология височнонижнечелюстного сустава, головные боли, утомляемость жевательных мышц, появление мимических морщин и даже изменение конфигурации лица.

Мне понятны возможные осложнения после проведения анестезии и седации: отек мягких тканей, появление гематомы, временное нарушение чувствительности губ, языка, подбородка, щеки, зубов, снижение внимания, аллергические реакции на обезболивающие препараты. Мне понятны возможные осложнения и последствия после приема лекарств, назначенных врачом: аллергические реакции, изменение витаминного и иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры. Также мне понятны и лично прочитаны указанные в аннотациях побочные действия назначенных препаратов.

Я осведомлен(а), что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством.

Я уведомлен(а) о возможных осложнениях в ходе и после операции: боль, отек, инфекционные осложнения, гнойно-воспалительные осложнения (верхнечелюстной синусит, периостит, флегмона, неврит и др.), изменение цвета слизистой оболочки полости рта, десны и языка, онемение губы, языка, подбородка, щеки, повреждение имеющихся зубов, пломб и коронок, утрата зубов, прилежающих к области вмешательства, открытие и повреждение гайморовой пазухи, кровоточивость в послеоперационном периоде, кровотечение из раны, кровотечение из носа, повреждение и болезненность уголков рта, изменение цвета кожи (синяки), некроз мягких и костных тканей, утрата костного материала, отторжение имплантата, оголение барьерной мембраны, расхождение швов, формирование свищей, отсутствие возможности установить имплантаты в области операции в будущем, возникновение или усугубление патологии височнонижнечелюстного сустава, необходимость проведения дополнительных операций.

Я даю разрешение на использование моей собственной костной ткани и мягких тканей для костной пластики и пластики мягких тканей. Я получил(а) информацию о материалах, которые могут применяться во время операции (синтетические материалы, биоматериалы животного происхождения или специальные). Я даю свое согласие на их применение.

Мне доведено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом. Я понимаю важность регулярной профилактической гигиены и осмотров пародонтолога и гигиениста. Также я знаю и понимаю, что для достижения успешного результата лечения могут понадобиться дополнительные обследования (ортопантомография, компьютерная томография, биохимический анализ крови и др.). Мне сообщено, что в процессе лечения возможно проведение консультаций специалистов иного профиля (лор-врач, невролог, челюстно-лицевой хирург, терапевт).

Мне доведена, разъяснена и понятна информация о гарантиях: полную гарантию на приживление имплантата (костного блока, мембраны, трансплантата) дать невозможно, т.к. невозможно предсказать успешность приживления по причине медицинской специфики данной операции, особенностей десен, зубов, костной ткани пациента и реакций организма. В случае отторжения имплантата (костного блока, мембраны, трансплантата) в индивидуальном порядке решается вопрос о возврате стоимости имплантата или проводится повторная операция – реимплантация. Если отторжение имплантата (костного блока, мембраны, трансплантата) возникло по вине пациента, то средства, затраченные на лечение (стоимость самой операции и использованных материалов), не возвращаются.

Я задал(а) лечащему врачу все интересующие меня вопросы о предлагаемых мне платных медицинских услугах и получил исчерпывающие ответы и разъяснения. Я владею всей интересующей информацией о предстоящем лечении и уполномочиваю лечащего врача-стоматолога провести мне имплантологическое лечение по согласованным со мной методам и плану лечения, отраженным в медицинской карте.

Я лично ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет для меня правовые последствия. Мое информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства является неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг и вместе с ним прилагается к медицинской карте.

Я дал(а) полные и правдивые ответы на все вопросы в анкете здоровья пациента.

Я предупрежден(а) и информирован(а) обо всем вышеизложенном, полностью осознаю, что медицинское вмешательство показано мне по состоянию здоровья и принимаю свободное и добровольное решение приступить к лечению.

Дата

Подпись, инициалы и фамилия пациента

Подпись врача