

Наша стоматологическая фирма ООО «Дантист» строго руководствуется:

- Основами законодательства об охране здоровья граждан РФ
- Законом о защите прав потребителей, современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

### Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства

#### Зубная имплантация

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и, что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я \_\_\_\_\_  
соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач стоматолог

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о сути имплантации, возможных осложнениях в ходе операции, а также в послеоперационном периоде, а именно:

- ✓ на основании жалоб, клинической картины и дополнительных методов обследования мне установлены и предложены варианты лечения;
- ✓ мной и моим лечащим врачом выбран план лечения, удовлетворяющий меня с точки зрения сложности, времени, а также стоимости предполагаемых вмешательств. При необходимости, об изменениях в плане лечения я буду информирован заранее моим лечащим врачом, и при совместном обсуждении, мы придем к единому решению в тактике моего дальнейшего лечения;
- ✓ при моем отказе на этапах проводимого лечения, от дальнейших мероприятий, направленных на выздоровление и послеоперационную реабилитацию, ответственность за мое здоровье несу только я сам;
- ✓ я обязуюсь четко выполнять все рекомендации и назначения, данные мне лечащим врачом, при возникновении ухудшения в состоянии моего здоровья, я обязуюсь информировать моего лечащего врача незамедлительно;
- ✓ мне разъяснена информация об особенностях физиологического течения послеоперационного периода, а именно: наличие болевого синдрома, отека мягких тканей, гематом, мышечной контрактуры, парестезии;
- ✓ я осознаю, что прием медикаментозных средств может приводить к возникновению осложнений, указанных в аннотации к данным препаратам, например, аллергическим реакциям, нарушению желудочно-кишечного тракта и др.;
- ✓ мне известно, что остеоинтеграция (или приживание) импланта, зависит от иммунологических особенностей моего организма, а также связана с выполнением мной предписаний лечащего врача, на всех этапах лечения, гарантии на приживание импланта не даются.

- ✓ при успешной остеоинтеграции импланта, а именно при отсутствии воспалительных явлений, подвижности импланта отдельно будут оговорены вид, время и стоимость последующего ортопедического лечения;
- ✓ мне разъяснена важность поддержания гигиены полости рта, и я обязуюсь поддерживать ее с помощью процедур как самостоятельной, так и профессиональной гигиены;
- ✓ мне известно, что несоблюдение гигиены полости рта, курение, употребление спиртных напитков, наличие отягощенного анамнеза (хр.пародонтита, эндокринных заболеваний, патологий височно-нижнечелюстного сустава и др., о которых мне сообщил лечащий врач) ,могут стать причиной возникновения осложнений в позднем послеоперационном периоде и привести к удалению импланта.

**3. Мне объяснена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно:** гарантии на приживление импланта не даются, невозможно предсказать успешность его приживления по причине медицинской специфики данной операции, особенностей десен и костной ткани пациента, реакций организма и наличия вредных привычек неконтролируемых лечащим врачом.

**4. 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;
- врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это;
- расчет за планируемое лечение и возникшие в процессе данного мероприятия издержки будет произведен сразу после операции.

**5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.**

**6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):**

- проведение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка
- консультация стоматолога (ов) иного профиля: \_\_\_\_\_
- консультация у врача (ей) общего профиля: \_\_\_\_\_

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

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

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

Подпись пациента

Дата

