

Информированное согласие на установку дентальных имплантатов.

Я, _____,
 _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
 « _____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу _____,
 проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

даю добровольное согласие на предложенное, мне, моему ребенку; лицу, чьим

законным представителем я являюсь, _____

Ф.И.О. ребенка, лица, от имени которого выступает законный представитель

« _____ » _____ года рождения, проживающего по адресу: _____
 _____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

медицинское вмешательство - установку дентальных имплантатов

врачом _____ должность, Ф.И.О. врача полностью

Врач поставил мне следующий диагноз: _____ и обосновал необходимость установки дентальных имплантатов, на что я даю свое согласие.

Я получил(а) объяснения о необходимости и целесообразности проведения дентальной имплантации, ознакомился(ась) с предлагаемым планом лечения и мог(могла) отказаться от него. При этом мне известны другие возможные способы лечения без применения зубных имплантатов.

Врач понятно объяснил мне необходимость строго соблюдать этапы проведения дентальной имплантации, сроки, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность негативных последствий. Хотя предложенное лечение поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, я понимаю, что установка дентальных имплантатов является своего рода вмешательством в биологический организм и как любая медицинская операция не может иметь стопроцентной гарантии на успех даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов установки дентальных имплантатов. Зубочелюстная система в течение жизни человека подвергается инволютивному развитию, которое проявляется в атрофии костной ткани челюсти, стираемости твердой ткани зубов, что может негативно сказываться на отдаленных результатах проведенного лечения.

Я осведомлен(на) о возможных осложнениях во время анестезии, проведения операции по установке дентальных имплантатов: гематома, онемение губы, подбородка, щеки или зубов, воспалительная реакция тканей, повреждение существующих зубов, перелом кости, перфорация пазухи, отсроченное заживление, аллергические реакции на используемые лекарства и т.д. Я понимаю, что в процессе любого стоматологического вмешательства возможны болевые ощущения, которые могут сохраняться в течение некоторого срока после проведенной манипуляции.

Я понимаю, что курение, приём алкоголя, сопутствующие заболевания (диабет, онкологические заболевания и т.д.), неудовлетворительная гигиена полости рта неблагоприятно влияют на процесс приживления имплантата и значительно уменьшают вероятность успеха лечения.

Врач в доступной форме объяснил мне, что спустя 3-4 месяца на нижней челюсти и 5-6 месяцев на верхней челюсти после контрольного рентгенологического обследования производится установка формирователя десны - процедура, относящаяся к хирургическому этапу и являющаяся своего рода переходом к протезированию. Я могу отказаться от предложенной манипуляции, осознавая, что, таким образом, отказываюсь от протезирования.

Я сообщил(а) врачу все известные мне сведения о состоянии своего здоровья/ здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, острых и хронических заболеваниях, операциях, приеме медикаментов, аллергических реакциях, вредных привычках. Я предупрежден(а), что в случае неполной или недостоверной информации могут возникнуть осложнения, ответственность за которые несу я сам(а).

Я проинформирован(а) об обязательном прохождении профессиональной гигиены полости рта непосредственно перед установкой дентальных имплантов. Отказ от прохождения профгигиены полости рта может негативно сказаться на результате имплантации.

Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе, плана лечения, приема лекарственных препаратов, сроков профилактических осмотров, проведения профессиональной гигиены полости рта, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья/ здоровья лица, чьи интересы я представляю.

Я также информирован(а) о том, что в соответствии с п.1 ст. 27 ФЗ №323 от 21.11.11 г. "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

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

Разрешаю предоставлять информацию о состоянии моего здоровья, здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти, следующим лицам:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Подпись _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

Подпись _____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) врача)

Дата _____