

Информированное добровольное согласие на проведение имплантации

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

Я, _____,
(Фамилия, имя, отчество - полностью)

получил от моего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении.

Мой врач внимательно меня осмотрел и разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения, но я предпочитаю введение имплантата, чтобы восстановить отсутствующие у меня зубы.

Мне понятно, что имплантат должен быть введен хирургическим методом под десну или в кость.

Я был(а) предварительно проинформирован(а) о ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ, СОПУТСТВУЮЩИХ ЛЮБЫМ ОПЕРАЦИЯМ В ПОЛОСТИ РТА, методам анестезии, приему лекарств. Они включают в себя боль, тошноту, воспаление в послеоперационном периоде. Может возникнуть онемения языка, губ, подбородка, зубов, и это онемение может сохраняться длительное время. Если необходимо введение имплантатов в верхнюю челюсть, то не исключено повреждение дна полости носа, что потребует другого хирургического вмешательства. Помимо этого возможны воспалительные осложнения в области верхнечелюстных (гайморовых) пазух, перфорация верхнечелюстных пазух, флебиты, повреждение имеющихся зубов, перелом кости, отсроченное заживление, аллергические реакции на используемые лекарства и другие неожиданные последствия и осложнения. Не исключено длительное заживление. Мой врач разъяснил мне, что невозможно точно предсказать способности десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента, подвергнувшегося имплантации.

Я сообщил точные данные о своем физическом и душевном здоровье. Кроме того, я сообщил обо всех имевших место аллергических реакциях или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях и другие сведения, запрашиваемые доктором.

Я понял(а), что бывают случаи неудач, когда имплантат приходится удалять в связи с развившимися осложнениями. Я понимаю, что зубоврачебная практика - это не точная наука, поэтому невозможно предугадать точный результат операции или лечения.

Я понимаю, что курение, употребление сахара или прием алкоголя могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления и уменьшить вероятность успеха лечения. Я обязуюсь регулярно посещать моего врача для осмотра и профилактических процедур. Я согласен(а) на необходимые рентгенологические обследования, нужные как до, так и после операции для полноценного лечения.

Я согласен(а) на проведение метода анестезии, выбранного моим лечащим врачом.

Я обещаю не управлять транспортным средством и не совершать опасных действий в течение 24 часов или более (пока не закончится действие полученных мною во время операции лекарств).

Я проинформирован(а) о том, что тщательная гигиена полости рта необходима для достижения наилучшего результата.

Я знаю, что в случае неудачи имплантации на каждом из этапов (хирургическом или ортопедическом) клиника берет на себя обязательство по удалению имплантатов; финансовые затраты на протезирование с использованием имплантатов не возвращаются, новый план протезирования оплачивается мною полностью.

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.

Я одобряю рекомендуемое мне лечение, включая введение имплантатов и другие хирургические вмешательства, которые могут потребоваться. Я понимаю, что во время лечения или операции ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата. Преимущества предлагаемого лечения значительно перевешивают возможные осложнения. Осознавая все это, я добровольно соглашаюсь на предлагаемое мне лечение, подписываю этот документ и заверяю своего лечащего врача, что не буду иметь претензий в случае, если проведенное лечение не достигнет идеального результата.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие меня вопросы. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы. Моё решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

«__» _____ 20__ г.

Подпись пациента _____
(ФИО полностью)

Подпись врача _____
(ФИО полностью)