

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**на проведение имплантологического лечения**

Я, Иванов Иванов Иванович, согласен с этапами имплантологического лечения и доверяю его провести врачу

Целиком и полностью в понятной и доступной для меня форме я информирован(а) о цели, способе и характере предполагаемого лечения, а также преимуществах, недостатках, осложнениях и рисках зубной имплантации.

Я выслушал врача, который мне объяснил имеющиеся потенциальные риски на хирургическом этапе, среди которых:

- 1) послеоперационный дискомфорт, боли и припухлость, которые в течение нескольких дней потребуют домашнего режима;
- 2) возможное кровотечение, которое потребует дополнительного лечения;
- 3) повреждение соседнего зуба или его корней;
- 4) развитие послеоперационной инфекции, которая потребует дополнительного лечения;

Врач мне объяснил и другие возможные варианты и способы ортопедического лечения без применения зубных имплантатов.

Я также осведомлен и согласен с тем, что при изменении протокола оперативного или ортопедического лечения изменяется и стоимость проводимого мне лечения.

Я даю разрешение лечащему доктору проводить рентгенологическое обследование, изготавливать диагностические модели, осуществлять фото и видеосъемку для медицинских целей (без указания моих личных данных), проводить любые диагностические мероприятия, которые доктор найдет необходимыми для уточнения диагноза и тактики лечебных мероприятий.

Даю разрешение, при необходимости привлекать к лечебно-диагностическому процессу любого специалиста, участие которого в моем лечении врач сочтет необходимым.

В случае, каких-либо изменений в состоянии здоровья я обязуюсь информировать об этом лечащего врача.

Мне объяснили, что иногда имплантаты не приживаются и требуют удаления. Общемировая статистика по приживаемости имплантатов 98 %. Я понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой. Гарантировать 100% положительный результат проведенного хирургического стоматологического лечения (включая и имплантацию) не представляется возможным. Речь может идти о прогнозах и вероятностях, которые разнятся от пациента к пациенту.

Я понимаю, что мое состояние может измениться во время или после хирургического стоматологического лечения (включая имплантацию). Даю свое согласие на изменения плана лечебных мероприятий и применение альтернативных методов протезирования и лечения. Я разрешаю любые изменения дизайна, материалов и ухода, если они будут сделаны для моего блага.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. Я подтверждаю согласие на проведение мне хирургического вмешательства. На все мои вопросы, касающиеся лечения, мне были даны доступные моему полному пониманию ответы. Я понимаю, что я ответственен за оплату услуг, оказанных мне в данном лечебном учреждении согласно имеющегося прейскуранта.

ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН:**Исполнитель обязан:**

- проинформировать пациента о возможных осложнениях стоматологической имплантации как в реабилитационный период, так и в последующее время;
- проинформировать пациента о гигиене полости рта и профилактических мероприятиях при пользовании протезами с опорой на имплантаты;
- проводить осмотры пациента в послеоперационный период;
- в случае неудачной имплантации, приведшей к потере имплантата в течение одного года со дня операции, по желанию пациента операция имплантации либо повторяется бесплатно, либо ему возвращается номинальная стоимость медицинской услуги, без затрат на закупку расходных материалов.

Пациент обязан:

- ознакомиться и подтвердить собственную ответственность за объективность информации, представленной в карте;
- выполнять все врачебные рекомендации, согласно установленному плану лечения;
- посещать врача в назначенные дни для контрольных и профилактических осмотров (1 раз в 3-4 месяца), не допуская пропусков. При пропуске профилактических осмотров дважды, гарантия на проведенное лечение снимается.
- поставить в известность лечащего врача о имеющихся общесоматических заболеваниях, принимаемых препаратах (лекарств, БАДов, витаминов, ферментов и т.д.)

Особые условия:

Пациент подпись _____ Иванов Иванов Иванович «23» октября 2024

Врач Ф.И.О подпись _____ «23» октября 2024

