

**Общество с ограниченной ответственностью
«ДЕНТИК ФЭМИЛИ»**

ИНН/КПП 2308267755 / 230801001, ОГРН 1192375058028

**Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства
Зубная имплантация**

Я _____

(фамилия, имя, отчество — полностью)

_____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан: Я, паспорт, _____ выдан: _____ являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. Ребенка или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

настоящим свидетельствую 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, ООО «ДЕНТИК ФЭМИЛИ» оставляет за собой право заменить лечащего врача.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути лечения:

2.1. Диагноз: _____

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения вследствие обстоятельств или появления имплантаций или противопоказаний.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.4. Допустимость коррекции врачом намеченного плана или отказ от его осуществления (на хирургическом или ортопедическом этапе) в зависимости от ситуации, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты протезирования: съемные протезы (бюгельные, гибкие, акриловые); несъемные изделия из металлокерамики, цельнокерамические, циркониевые (зубные мосты); замещение отсутствующих единиц путем смещения соседних с помощью брекетов.

2.6. Возможные негативные последствия в случае полного или частичного отказа от рекомендованного плана лечения, а именно: заболевание кости; атрофия костной ткани; воспаление десны; подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления; патология височно-нижнечелюстного сустава; головные боли; иррадиирующие боли в шею сзади и в мышцы лица; утомляемость жевательных мышц.

2.7. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.

2.8. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.9. Возможные осложнения в ходе и после операции (в редких случаях), а именно: боль; отек; инфекция или изменения цвета слизистой оболочки полости рта и десны; онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов; воспаление вен; повреждение имеющихся зубов; перелом кости; открытие гайморовой пазухи; отсроченное заживление десны.

2.10. После проведения хирургического этапа имплантации (вживления имплантата и заживления десны) последует ортопедический этап (т.е. установка коронки или протеза – по ситуации и в соответствии с дополнительным планом), который в моих интересах желательно осуществлять в данной клинике.

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно: гарантии на приживление имплантата не даются, невозможно предсказать успешность его приживления по причине специфики самой операции, особенностей десен и костной ткани пациента и реакций организма. В случае отторжения имплантата или перимплантита, что потребует его удаления до начала протезирования, у меня есть возможность в течении 6 месяцев переустановить имплантат, оплатить только стоимость импланта но любая дополнительная операция, например, проведение костной пластики, в случае необходимости, оплачивается согласно прейскуранту. Также необходимым условием является явка через 3 месяца в ту же медицинскую организацию к тому же врачу, который проводил операцию по имплантации. В случае, если я, в силу разных обстоятельств (командировка, отдых и т.д.), буду проводить диагностику и лечение осложнений в другом медицинском центре, то все эти дополнительные вмешательства вне клиники я буду оплачивать самостоятельно, и ООО ЦКС «Аврора» мне эту дополнительную потраченную сумму не компенсирует.

Мне объяснили гарантии: операция будет проведена строго по протоколу имплантации, с соблюдением всех норм асептики и антисептики. Гарантийные сроки и сроки службы имплантатов после протезирования не устанавливаются, т.к. данные сроки во многом зависят от моего состояния организма, сопутствующих заболеваний (которые есть или могут появиться), а также курения. Мне объяснили, что на данном этапе

развития современной медицины нет тестов, по которым можно прогнозировать, предвидеть как данные заболевания отразятся на плотности кости вокруг имплантата и изменениях десны, что в целом и определяет сроки службы имплантатов. Я понимаю, что с возрастом и течением времени происходит убыль костной ткани. Я лишаяюсь каких-либо гарантий в случаях несоблюдения и невыполнения рекомендаций и назначений доктора, в случаях неявки на контрольные и профилактические осмотры в сроки, установленные врачом, в случаях дальнейшего протезирования на установленных имплантатах вне клиники.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- количество имплантатов, материал, из которого изготовлены имплантаты, производитель имплантатов, технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- этапы и сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть, вплоть до отказа от имплантации и дальнейшего лечения.

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:

- получение ортопантограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;
- консультация стоматолога(ов) иного профиля.
- консультация у врача(ей) общего медицинского 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 _____

Подпись врача _____