

БРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ
(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
"__" _____ года рождения, проживающий (ая) по
адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на недееспособных граждан

Я _____
Паспорт: _____, _____ выдан _____

являюсь законным представителем лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:

(ФИО полностью, год рождения)

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач стоматолог-_____
(далее по тексту-врач).
(должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата за медицинское вмешательство производится в день проведения по прейскуранту Клиники.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

№	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1			

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути дентальной имплантации.

Мне разъяснено, что целью операции (установки дентального(зубного) имплантата) является установка в кость челюсти титанового винта, который является прототипом корня зуба. После приживления имплантата производится установка коронки. Средний срок приживления имплантата составляет от 3 до 7 месяцев. Для установки имплантата необходимо проведение местного обезболивания, рассечение слизистой оболочки полости рта в зоне имплантации, формирование канала для установки имплантата с помощью вращающихся инструментов, наложение швов на слизистую оболочку в момент завершения операции.

Я информирован(а) что после проведения хирургического этапа имплантации (вживление имплантата и заживления десны) последует ортопедический этап (то есть установка коронки или протеза по ситуации с дополнительным планом протезирования).

Я информирован (а) что в процессе лечения допустимо уточнение диагноза, коррекция рекомендованного плана или отказ от его осуществления в зависимости от клинической ситуации, о чем меня уведомит врач.

Мне сообщено и понятно, что для лечения могут понадобиться дополнительные обследования, о чем меня уведомит врач, а именно:

- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля;
- консультация у врача(ей)-стоматолога(ов) иного профиля;
- проведение обследования на аллергические реакции на используемые материалы;
- рентгенологические обследования.

Я проинформировал(а) врача о состоянии своего (представляемого) здоровья, обо всех случаях аллергии.

Я понимаю, что отказ от перечисленных выше обследований может повлечь осложнения и врач не несет ответственности в случае их возникновения, если я не сообщил(а) или не знал(а) о своих

(представляемого) противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на проведение лечения.

Мне сообщены возможные альтернативные варианты лечения.

Я проинформирован(а):

- о возможных негативных последствиях отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно: 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 и др.;
- о возможных последствиях под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей; кровоизлияние в месте укола; снижение внимания; аллергические реакции; онемение участков мягких тканей и др.;
- о возможных последствиях приема анальгетиков и антибиотиков и других рекомендованных лекарственных препаратов, а именно: аллергические реакции; изменение витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры и др.;
- о возможных осложнениях в ходе и после операции, а именно:
- кровотечение; перфорация имплантатом гайморовой пазухи, с развитием впоследствии синусита (воспаление околоносовых пазух) при манипуляциях в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, обусловленная анатомо-физиологическими особенностями человека; отторжение импланта; проникновение импланта в процессе приживления в гайморову пазуху или нижнечелюстной канал. Перелом вращающихся хирургических инструментов; повреждение стенки нижнечелюстного канала и травма нерва, который проходит в челюсти; перелом стенки альвеолярного отростка; отсутствие фиксации имплантата в момент установки; боль, отек, инфекция или изменение цвета слизистой оболочки полости рта и десны; онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов; повреждение имеющихся зубов; открытие гайморовой пазухи и др.

Мне сообщено и понятно, что одним из критериев эффективности оказания медицинских услуг является результат проведенного лечения, подтвержденный фотографиями и рентгенограммами до, после и в процессе лечения в соответствии с согласованным планом лечения.

Я даю согласие на фотографирование моего (представляемого) лица и зубных рядов при оказании мне (представляемому) стоматологических услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью Клиники.

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. В случае повышения стоимости лечащий врач предупредит меня и обоснует это.

В доступной для меня форме мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

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

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

(подпись)

(ФИО (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(ФИО (при наличии) медицинского работника).

Я подтверждаю, что:

Я понимаю, что в ходе лечения может возникнуть необходимость дополнительного

обследования, и манипуляции, о чем меня уведомит врач. Поэтому при невозможности установки имплантатов из-за состояния костной ткани, операция может быть прекращена и проведена подготовка места для установки имплантатов путем мягкотканной пластики или аугментации кости: синус-лифтинг, расщепление гребня, пересадка костных блоков, прочие манипуляции.

Я обязуюсь выполнять рекомендации врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения.

Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций врача.

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

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

(Ф.И.О. пациента, представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

" ____ " _____ 20__ г. (дата оформления)