

Добровольное информированное согласие на дентальную имплантацию

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.

Я, _____, находясь на лечении в _____, по моему добровольному желанию прошу провести все необходимые диагностические исследования и мероприятия, лечебные манипуляции и процедуры, а при необходимости - анестезиологическое пособие и операции, связанные с лечением моего заболевания.

1. Я был(а) информирован, и я понимаю цель и суть хирургической процедуры для установки имплантата. Я понимаю, что необходимо выполнить установку имплантата под десну или в кость.
2. Мой доктор тщательно обследовал мой рот. Мне объяснили альтернативные методы лечения. Я пробовал(а) или рассматривала эти методы, но я предпочитаю имплантаты для восстановления отсутствующих зубов.
3. Я был(а) предупрежден(а) о возможном риске или осложнениях операции, лекарств и анестезии. Эти осложнения: боль, отек, инфекции и изменение цвета. Могут появиться онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов. Точная продолжительность лечения не может быть определена или может измениться. Также возможно воспаление вен, повреждение имеющихся зубов, перелом кости, пенетрация пазухи, отсроченное заживление, аллергические реакции на используемые лекарства.
4. Я понимаю, что если ничего не предпринимать, может случиться следующее:
заболевание кости, атрофия костной ткани, воспаление десны, подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления. Также возможно возникновение патологии височно-нижнечелюстного сустава, головной боли, иррадиирующей боли в шею сзади и в мышцы лица, утомляемости жевательных мышц.
5. Мой доктор объяснил мне, что не существует способа точно предсказать заживляющих способностей десны и костной ткани после проведения операции.
6. Мне объяснили, что в определенных случаях имплантаты не приживаются и требуют удаления. Я знаю и понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой; не может быть дано никаких гарантий на результат лечения или операции.
7. Я понимаю, что курение, прием алкоголя, употребление сахара могут повлиять на заживление десны и снижают успех лечения. Я согласен(сна) следовать инструкциям моего врача по уходу за полостью рта. Я согласен(сна) регулярно посещать моего доктора в зависимости от его указаний.
8. Я согласен(сна) на выбор анестезии по выбору моего доктора. Я согласен(сна) не управлять автомобилем или работать с другими опасными аппаратами, по меньшей мере, ближайшие 24 часа после операции, до полного восстановления моего состояния после использования лекарственных средств.
9. Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья. Кроме того, я сообщил(а) о всех имевших место аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья.
10. Я согласен на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.

11. Я прошу предоставить и подтверждаю разрешение на предоставление мне медицинских стоматологических услуг, включая установку имплантатов и другие операции. 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 для ухода, если они будут сделаны для моего собственного блага.
12. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
13. Мое решение является **свободным и добровольным** и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.
14. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от определенного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Подпись пациента _____
Ф.И.О. (полностью)

Подпись лечащего врача _____
Ф.И.О. (полностью)

Дата «__» _____ 20__ г.