

ООО «Стомат плюс»
Информированное добровольное согласие
на дентальную имплантацию

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 30,
31,32, 33 Основ
законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля
1993 года №5487-1

Я **понимаю цель проведения**
врачом операции по дентальной имплантации.

Я осведомлен о том, что вышеназванное лечебное мероприятие должно производиться под местной анестезией. Я информирован о способе, цели, характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, недостатках и риске зубной имплантации. При этом мне известно, что по обстоятельствам только во время оперативного вмешательства может появиться необходимость в расширении, изменении или отказе от запланированного лечебного мероприятия.

Проблемы, имеющиеся у меня, особо оговорены.

В частности

В дальнейшем, после истечения срока консолидации имплантата особо будут оговорены вид, сроки и стоимость последующего протезирования. Я осведомлен(а) о предполагаемых расходах в связи с возможными изменениями объема хирургического вмешательства (использование мембран, остеосинтезирующих и остеозамещающих препаратов). Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные мне ответы. Мне известно, что до операции, я могу отменить данное мною согласие на проведение дентальной имплантации и, соответственно, изменить план протезирования.

Мне известно, что даже при качественно выполненной операции и соблюдении мною всех необходимых для послеоперационного периода требований приживление дентальных имплантатов не может быть гарантировано доктором и клиникой. И при отсутствии положительного результата я не буду претендовать на возмещение понесенных мною затрат.

Я подтверждаю, что в “Анкете пациента” назвал все имеющиеся у меня проблемы со здоровьем. Я осведомлен о необходимом адекватном поведении перед операцией и после нее. В особенности о том, что после операции возникает ограничение в управлении транспортным средством, что после операции необходима щадящая (мягкая) диета, и что для успешного протекания послеоперационного периода необходима тщательная гигиена полости рта щадящий режим, обязательный прием назначенных мне препаратов, обязательные явки на контрольные осмотры.

Я осведомлен о том, что послеоперационный период сопровождается дискомфортными ощущениями (отечность мягких тканей, умеренная болезненность, наличие в полости рта швов, состояние общего недомогания).

Мое решение является свободным и добровольным, и представляет собой информированное согласие на проведение имплантации.

Дата _____ *Подпись пациента* _____

Подпись врача, удостоверяющего подпись пациента _____