



Наша клиника строго руководствуется:

- Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;
 - Федеральным законом «О защите прав потребителей»;
 - современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.
- Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

Зубная имплантация

Этот документ свидетельствует 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 удаление будет проводить врач-стоматолог _____

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

Диагноз: _____

2.1 Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения вследствие обстоятельств или появления противопоказаний к имплантации.

2.2 Индивидуальный рекомендованный план лечения.

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

2.4 Возможны альтернативные варианты лечения, а именно: _____

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

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

2.7 Возможны осложнения в ходе после операции (в редких случаях), а именно (ненужное вычеркнуть): 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.

2.8 После проведения хирургического этапа имплантации (вживление имплантата и заживление 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 и разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно:

гарантии на приживление имплантата в виде сроков не даются, невозможно предсказать успешность его приживления по причине медицинской спецификации данной операции, особенностей десен и костной ткани пациента и реакций организма. В случае отторжения имплантата, что потребует его удаления до начала протезирования, фирма возвращает 50% от суммы за установление имплантата.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения 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 (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;
- консультация стоматолога(ов) иного профиля _____

• консультация 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 _____