

Общество с ограниченной ответственностью стоматологическая клиника «Русская Жемчужина»

Адрес: 353440, Краснодарский край, г.-к. Анапа, ул. Труда/Ихиска 95, пом. 1. Тел.: 8(86133) 3-19-87

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

(Ф.И.О.),

Я _____ в соответствии с требованиями ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю **информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне следующих медицинских услуг: операция по установке дентальных имплантатов**

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства. Я получил(а) полную информацию об альтернативных методах лечения и пришел (а) к выводу, что мне необходимо проведение операции имплантации.

Я получил (а) подробные разъяснения по поводу моего заболевания, осведомлен (а) о возможных негативных последствиях отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно: атрофии костной ткани; воспалению десны; подвижности зубов, что может привести к необходимости их удаления; патологии височно-нижнечелюстного сустава; головным болям, иррадирующим болям в шею сзади и в мышцы лица; утомляемости жевательных мышц и др.;

Я получил (а) подробные разъяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и понимаю, что при проведении лечебных манипуляций при **операции по установке дентальных имплантатов**, включая анестезию и прием лекарственных средств, существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений, включая анестезию и прием лекарственных средств существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений; под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола; снижение внимания; аллергические реакции, обморок, коллапс, шок, травматизация нервных окончаний и сосудов, проявляющаяся потерей чувствительности, невритами, невралгиями и постинъекционными гематомами; при приеме анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения: аллергические реакции; изменение витаминно-иммунологического баланса; нарушение состава кишечной микрофлоры; при хирургическом вмешательстве: боль, отек, повышение температуры до 37,5°. С. затрудненное открывание рта, в области углов рта могут образоваться трещины, гематомы тканей челюстно-лицевой области, кровотечения, инфекция, изменение цвета и формы слизистой оболочки полости рта и десны; воспаление десен, онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов, повреждение имеющихся соседних зубов, перелом кости, перимплантит (воспаление костной ткани вокруг имплантата), требующий удаления имплантата, убыль костной ткани в области соседних зубов, убыль костной ткани в случае перимплантита, требующая в некоторых случаях дополнительных сложных операций по ее восстановлению для последующей повторной имплантации. Также описаны редкие случаи перелома имплантатов при установке. При манипуляциях в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, обусловленного анатомо-физиологическими особенностями человека; отторжение имплантата; проникновение имплантата в процессе приживления в гайморову пазуху или нижнечелюстной канал. Перелом вращающихся хирургических инструментов; повреждение стенки нижнечелюстного канала и травма нерва, который проходит в нижней 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. , что может потребовать дополнительного лечения. Я понимаю, что необходимо строго следовать указаниям врача, если не смогу лежать неподвижно и буду шевелиться, дергаться или глотать без предупреждения, возможно повреждение тканей лица или шеи инструментами, в том числе с последующим образованием рубцов, а так же нарушение целостности гайморовой пазухи при операциях синус-лифтинга и имплантации. Иногда могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Возможно, потребуются направление для консультации и лечения в другие медицинские учреждения и в связи с этим точная продолжительность лечения, в том числе и этапов, зависящих от хирургического лечения (например, протезирования) может изменяться.

После проведения хирургического этапа имплантации последует ортопедический этап (установка коронки или протеза в соответствии с планом лечения), который в моих интересах желательно проводить в этой же клинике, т.к. нагрузка на имплантат(ы) может быть рассчитана иначе, что может, привести к негативным последствиям и не достижению положительного результата лечения. Я понимаю, что в ходе лечения может возникнуть необходимость дополнительного обследования, и манипуляции, о чем меня уведомят 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 понимаю, что возможно неприживление (отторжение) имплантата или увеличение продолжительности процесса заживления десны, некротические изменения в кости. Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения, а также возможный среднестатистический процент выздоровления (восстановления). Я согласен (а), что никто не может предсказать точный результат операции, и данная операция имеет высокую степень риска. Мне объяснено, что имплантат может отторгаться в связи с возможными индивидуальными особенностями моего организма. Эти особенности нельзя предусмотреть заранее, но они не связаны с проводимым лечением. Я знаю, что в случае неудачи операции с последующим отторжением (удалением) имплантата все денежные средства, оплаченные мною за операцию и изготовление зубных протезов, остаются в клинике, и я не имею права требовать их возврата или компенсацию.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к лекарственным и другим средствам в прошлом и в настоящее время, обо всех имеющихся у меня стоматологических и общих системных заболеваниях, а также о принимаемых лекарственных препаратах. Мне понятно, что в случаях ухудшения самочувствия, возникновения болевых ощущений в зоне оперативного вмешательства я обязан (а) поставить в известность лечащего врача.

Я осознаю ответственность за сохранность своего здоровья и обязуюсь соблюдать правила личной гигиены полости рта, обязуюсь не реже двух раз в год являться на профилактические осмотры для ревизии состояния имплантатов и десны, а так же для проведения профессиональной гигиены. Я знаю, что в случае несоблюдения мною гигиены полости рта и в случаях неявки на профилактические осмотры, возможно ухудшение состояния десны и костной ткани. Я согласен получать напоминание о профилактических осмотрах по смс на мой личный телефон.

Я понимаю необходимость и даю согласие на проведение рентгенологического контроля до операции, после операции и во время проведения контрольных осмотров, а так же необходимость обязательного восстановления зубных рядов протезами. Я даю согласие на фотографирование моего лица и зубных рядов при оказании мне медицинских услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью клиники. Я разрешаю использовать фотографии моих зубов и полости рта без указания моего имени и фамилии.

Согласен (а), что во время обследования и операции ситуация может измениться, при таких обстоятельствах я также доверяю лечащему врачу действовать по его усмотрению.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных сроках и ознакомлен (а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать. Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача прекращает гарантийные обязательства медицинской организации перед Заказчиком (пациентом), а также может повлечь за собой недостижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно **соглашаюсь** на медицинское вмешательство.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:

(указать какие, если имеются исключения).

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением:

(указать какие, если имеются исключения).

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам:

Фамилия, инициалы и подпись пациента: _____ Дата: « ____ » _____ 202_ г.

Фамилия, инициалы и подпись врача: _____ Дата: « ____ » _____ 202_ г.