

**Общество с ограниченной ответственностью «Стом-Дарт-Плюс»
(ООО «Стом-Дарт-Плюс»)**

**Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство
(проведение стоматологической имплантации)**

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я даю согласие с названными мне условиями проведения лечения. Подписание данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я _____ «__» _____ г. р.
(фамилия, имя, отчество пациента) (дата рождения)

полностью соглашаюсь с тем, что проведение стоматологической имплантации в ООО «Стом-Дарт-Плюс» будет проводить медицинский работник: _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Мне _____ в доступной и понятной форме предоставлена врачом вся информация о предстоящем лечении, его этапах и ориентировочных сроках. Мне разъяснены альтернативные методы протезирования без применения стоматологической имплантации. Я понимаю цель и суть хирургической процедуры установки имплантата. Врачом выполнено тщательное обследование и даны разъяснения о преимуществах и сложностях этого, а также других методов лечения. Рассмотрев все альтернативные возможности, я предпочитаю именно использования имплантата для во становления отсутствующих зубов. Я понимаю цель и суть хирургической процедуры установки имплантата.

Мне понятно, что имплантат вводится хирургически путем под десну в костную ткань.

Я был(а) предварительно проинформирован(а) о возможности осложнений при проведении хирургического вмешательства по установке имплантатов, при анестезии и приеме лекарственных препаратов. Осложнения могут быть в виде боли, отеков мягких тканей, воспаления в послеоперационный период. Так же возможно временной онемение губы, языка, щеки, подбородка или зубов. В отдельных случаях возможны воспаление вен, повреждение соседних зубов, перелом кости, перфорация гайморовой пазухи или полости носа, аллергическая реакция на препараты, воспалительные процессы и другие заранее не предсказуемые осложнения, не связанные с квалификацией врача и ассистирующего персонала. Я понимаю, что, если в случае возникновения осложнений ничего не предпринимать, то последствия могут оказаться тяжелыми и привести к длительному лечению. Поэтому я обязуюсь о любом, особенно негативном, изменении самочувствия немедленно информировать врача и следовать его рекомендациям.

Врачом объяснено, что невозможно точно предсказать способность дёсен и костей к заживлению у каждого пациента, прошедшего имплантацию. Мне понятно, что имплантаты могут не прижиться, и в этом случае подлежат обязательному удалению. Мне также понятно, что стоматология - не точная наука, и стопроцентно успешный результат лечения не может быть гарантирован. Я понимаю, что имплантаты могут отторгнуться и в отдаленные сроки, после изготовления протезов, опирающихся на них в связи с возможными индивидуальными особенностями моего организма. Это невозможно предусмотреть заранее. В таком случае я не буду иметь материальных претензий и требовать возврата материальных средств. Я ознакомлен(а) со стоимостью хирургического и ортопедического этапов и порядком оплаты.

Я осознаю в полной мере, что курении, приём алкоголя, других не рекомендованных врачом продуктов, могут повлиять на процесс заживления тканей и уменьшают вероятность успешного лечения.

Я обязуюсь следовать рекомендациям врача в процессе лечения и, если необходимо, после его окончания. Также, я обязуюсь посещать врача для контроля и профилактики осложнений.

Я соглашаюсь на необходимые рентгенологические обследования до начала лечения, в процессе лечения, а также после его окончания- для более качественного контроля процесса заживления.

Я соглашаюсь на тип и метод анестезии. Выбранный лечащим врачом. Я знаю, что в течении 24 часов после проведения анестезии и до окончания действия лекарственных препаратов нельзя управлять транспортными средствами и работать со сложными механизмами.

Я подтверждаю, что сообщённая доктору информация о моём здоровье и индивидуальных особенностях моего организма максимально полная и достоверная. Я осознаю свою ответственность за неполные или искаженные сведения.

Я одобряю рекомендованное мне врачом лечение и подтверждаю просьбу о предоставлении мне стоматологической услуги установки имплантатов.

Мне названы и со мной согласованы количество и тип имплантатов, технологии(методы) и биоматериалы, которые будут использованы в процессе лечения. Я осведомлен(а), что в процессе оперативного вмешательства может возникнуть необходимость изменения или отклонения от планируемого объема вмешательства, что диктуется возникшей клинической необходимостью.

Я понимаю, что в случае отказа от протезирования в ООО «Стом-Дарт-Плюс» и осуществления его в другом учреждении, врач не несет ответственности за возможную несостоятельность имплантатов.

До принятия решения я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них исчерпывающие ответы. Я даю согласие на проведение стоматологической имплантации. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Дата «__» _____ 202__ г.

Подпись пациента: _____ / «__» _____ 202__ г.

Беседу провел врач: _____ / «__» _____ 202__ г.