**ООО «Стоматологическая клиника Перцева С.С.»**

153000, г. Иваново, ул. Крутицкая, д.13; тел/ф. 8-4932-938-128;

р/сч 40702810800000001683 в АКБ «Кранбанк» (ЗАО) г. Иваново

к/сч 30101810200000000738, БИК 042406738

ИНН 3702050760 КПП 370201001

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информированное согласие на проведение имплантологического лечения**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Фамилия, Имя, Отчество Пациента-полностью)

Подтверждаю, что врач стоматолог-хирург\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

провел (а) со мной беседу, в ходе которой я был (а) достаточно информирован (а) о:

- цели и сути предстоящей мне импланталогической манипуляции;

- возможных альтернативных вариантах лечения;

- необходимых подготовительных мероприятиях перед началом лечения;

- возможных рисках и осложнениях в ходе лечения;

- видах восстановления протезированием;

- стоимости, продолжительности и прогнозе лечения.

На основании полученной информации я могу либо отказаться от предложенного мне лечения, либо дать свое согласие на его проведение.

Я подтверждаю, что:

1.Врач стоматолог – хирург ознакомил (а) меня с основными, наиболее рациональными планами проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения.

2. Меня информировали о преимуществах предложенной мне тактики лечения и о возможных альтернативных методах лечения, в том числе восстановление отсутствующего зуба с помощью съёмных и несъёмных конструкций, которые в моем случае будут эффективны в иной степени. Я выбираю метод дентальной имплантации.

3.Я ознакомлен (а) с подготовительными мероприятиями, которые необходимо провести перед началом имплантологического лечения.

4. Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость осуществления комплексного стоматологического лечения.

5. Я согласен (а) с планом имплантации и понимаю, что он не исключает возможности появления дополнений и изменений, которые могут возникнуть в ходе операции или во время лечения, такие как: операция под седацией, добавление искусственной кости и т.д. и готов (а) полностью их оплатить. Я оставляю за врачом право на выбор типа необходимого (ых) импланта (ов).

6. Врач стоматолог – хирург понятно объяснил мне необходимость строгого следования этапам лечения, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу для уменьшения вероятности возможных осложнений.

7. Я понимаю, что хотя предложенный вид лечения поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, оно является своего рода вмешательством в мой организм, и, как любая медицинская манипуляция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов.

8. Я осведомлен (а) о возможных рисках и осложнениях, связанных с имплантацией, аугментацией кости, обезболиванием и приемом медикаментов. Это могут быть: боль, отек, гематомы, кровотечение, в послеоперационных период – инфицирование. Длительность онемения языка, щек и губ, являясь обратимым состоянием, не имеет четких временных рамок, при этом ожидаемы следующие состояния: воспаление десен, механические дефекты твёрдых тканей соседних зубов, задержка заживления, аллергические реакции на используемые медикаменты и т.д. Я понимаю, что медицинский персонал делает все возможное для профилактики подобных осложнений.

9. Я осознаю, что в случае отказа от предложенного имплантологического лечения могут развиться следующие состояния: дистрофия и потеря костной ткани, воспаление тканей периодонта, инфицирование, чувствительность, потеря зубов, следствием чего может стать их последующее удаление. Могут появиться расстройства височно-нижнечелюстных суставов, головные боли, отражение боли в задней части шеи и лицевых мышц, усталость мышц при жевании.

10. Врач стоматолог – хирург объяснил мне, что нет возможности точно прогнозировать, как пройдет заживление мягких тканей и кости каждого пациента, перенесшего имплантацию.

11. Я проинформирован (а), что случаются отторжения имплантов и искусственной костной ткани. Я понимаю, что в случае отторжения импланта, его необходимо удалить, а в случае отторжения внесенного объёма костной ткани или ее резорбции, возможно, будет необходима дополнительная порция костной ткани.

12. Я понимаю, необходимость постоянного лечения в одном медицинском учреждении, важность взаимодействия между врачом стоматологом – хирургом и лечащим врачом – стоматологом.

13. Мне понятно, что ни врач стоматолог-хирург, ни лечащий врач-стоматолог не будут нести никакой ответственности за результаты лечения на его этапах до завершения, если я обращусь по собственной инициативе и/или без ведома вышеуказанных специалистов в другую клинику (к другим врачам).

14. Я понимаю, что чрезмерное курение, употребление алкоголя и сахара может отрицательно повлиять на заживление и снизить уровень успеха операции.

15. Я обязуюсь выполнять все инструкции врача по уходу за полостью рта дома и посещать доктора с целью осуществления регулярных осмотров ( по графику, оговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

16. Я поставлен (а) в известность о том, что в связи с определенной степенью риска возникновения осложнений в ходе лечения, а также рецидива по причинам, не зависящим от лечащего врача, установление четких гарантийных сроков по данному виду работ затруднено.

17. Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

18. На все заданные вопросы я получил (а) понятные мне исчерпывающие ответы.

19. Я получил (а) все рекомендации, касающиеся моего поведения в ходе прилагаемого лечения и последующего реабилитационного периода (формы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

20. Со своей стороны, я высказал (а) все жалобы, предоставил (а),в меру своей осведомленности, информацию об индивидуальных особенностях и реакциях организма, наличие в анамнезе и по факту заболеваний, которые могут оказывать влияние на планирование и ход предложенного лечения или служить противопоказанием к его проведению.

21. Я согласен (а) на проведения выбранного лечащим врачом метода анестезии и анестезирующего препарата.

22. Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия.

23. Будучи информированным (ой) и предупрежденным (ой) обо всем вышеизложенном,я полностью сознаю, что предлагаемое медицинское вмешательство показано мне по состоянию моего здоровья. В связи с этим я осознанно и добровольно ДАЮ СОГЛАСИЕ на проведение имплантологического лечения.

24. В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства. я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объёме, который определит лечащий врач.

25. Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач стоматолог-хирург\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_