



УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

ООО «Дента Арт»

/В.Г. Кравченко/

Приложение № 10 к приказу 1709/Р от «17» сентября 2018г.

### Типовая форма

#### Информированное согласие пациента на стоматологическое вмешательство с использованием миниимплантатов в стоматологической клинике «Дента Арт»

Я, \_\_\_\_\_  
" \_\_\_\_\_" г. рождения,  
Законный представитель \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя),  
даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в стоматологической клинике общества с ограниченной ответственностью «Дента Арт», а именно на стоматологическое вмешательство с использованием миниимплантатов

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мною условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я получил разъяснения по поводу **цели и сути** хирургической процедуры установки миниимплантата.

Я информирован о том, что миниимплантат – это миниатюрный винтик, который устанавливается в полости рта. Он служит опорой для перемещения зубов во время ортодонтического лечения, позволяя двигать их эффективно и предсказуемо, дает возможность лечить случаи, справиться с которыми ранее было практически невозможно. Микроимплантаты изготовлены из стерильного медицинского низкоаллергенного сплава.

Я информирован о последовательности установки миниимплантата. После проведения обезболивания в области установки миниимплантата небольшим количеством обезболивающего раствора, миниимплантат аккуратно устанавливается в костную ткань через десну между зубами. Во время установки миниимплантата я могу ощущать некоторое давление, но не боль. В случае появления боли, я должен немедленно сообщить об этом врачу. После того, как пройдет действие обезболивающего вещества, может ощущаться небольшая болезненность некоторое время. Если болезненность сохраняется на следующий день, то мне необходимо связаться с персоналом клиники.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае будут иметь меньший клинический успех.

**Альтернативными методами лечения являются:** традиционные методы ортодонтического лечения без скелетной опоры в виде ортодонтических миниимплантатов,

Я информирован о том, что миниимплантат и то, что к нему присоединено, может натирать мягкие ткани. В этом случае я должен воспользоваться ватным тампоном или воском, заклеив ту часть аппарата, которая натирает, либо обратиться в клинику.

Я информирован о том, что иногда миниимплантат может приобретать некоторую подвижность. В большинстве случаев это не повод для беспокойства, но я должен в любом случае обратиться в клинику.

Я информирован о том, что необходимо соблюдать определенные рекомендации по гигиеническому уходу за полостью рта и миниимплантатом, которые мне будут даны лечащим врачом, а также отказаться от курения, занятиями спортом, употреблением большого количества сахара.

Я информирован о том, что миниимплантат – это временный элемент, как только необходимость в нем исчезает, он удаляется. Процедура удаления производится под местным обезболиванием в течение нескольких секунд путем выкручивания.

Я информирован о **возможных осложнениях** операции, анестезии, а именно: боль, отек, аллергические реакции, раздражение и нарастание мягких тканей, повреждение зубов.

Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов после окончания лечения не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача, в этом случае замена конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно согласно прайсу Исполнителя.

Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к моему лечению.

Я имел возможность задать все интересующие меня вопросы.

**Я принимаю решение о лечении на предложенных мне условиях.**

Я внимательно ознакомился с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и несет для меня правовые последствия.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

С информированным согласием ознакомлен и согласен.

Подпись пациента (законного представителя) \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_