

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

ООО «Дента Арт»

\_\_\_\_\_/В.Г. Кравченко/

Приложение № 5 к приказу 2912/1 от «29» декабря 2012г.

### Типовая форма

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

1. Я, \_\_\_\_\_, был проинформирован, и я понимаю цель и суть хирургической процедуры для установки имплантанта. Я понимаю, что необходимо выполнять установку имплантанта под десну или кость.

2. Мой доктор тщательно обследовал мой рот. Мне объявили альтернативные методы лечения. Я пробовал или рассматривал эти методы, но я предпочитаю имплантанты для восстановления отсутствующих зубов.

3. Я был предупрежден о возможном риске или осложнениях операции, лекарств и анестезии. Эти осложнения: боль, отек, инфекции и изменение цвета. Могут появиться онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов. Точная продолжительность лечения не может быть определена или может изменяться. Также возможно воспаление вен, повреждение имеющихся зубов, перелом кости, пенетрация пазухи, отсроченное заживление, аллергические реакции на используемые лекарства и т. д..

4. Я понимаю, что если ничего не предпринять, то может случиться следующее заболевание кости: атрофия костной ткани, воспаление десны, подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления. Также возможно возникновение патологии височно-нижнечелюстного сустава, головной боли, иррадиирующей боли в шее сзади и в мышце лица, утомляемости жевательных мышц.

5. Мой доктор объяснил мне, что не существует способа точно предсказать заживляющих способностей десны и костной ткани после проведения операции.

6. Мне объяснили, что в определенных случаях имплантанты не приживаются и требуют удаления. Я знаю и понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой, не может быть никаких гарантий на результат лечения или операции.

7. Я понимаю, что курение, прием алкоголя, употребление сахара могут повлиять на заживление десны и снижает успех лечения. Я согласен следовать инструкциям моего врача по уходу за полостью рта. Я согласен регулярно посещать моего доктора в зависимости от его указаний.

8. Я согласен на тип анестезии по выбору моего доктора. Я согласен не управлять автомобилем или работать с другими опасными аппаратами по меньшей мере 24 часа после операции, до полного восстановления моего состояния после использования лекарственных средств.

9. Я сообщил точные данные о своем физическом и душевном здоровье. Кроме того, я сообщил обо всех имеющихся место аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль. Болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья.

10. Я согласен на использование моих фотографий и киносъемки, рентгеновских снимков на мероприятиях по усовершенствованию имплантологов без указания моего имени и фамилии.

11. Я подтверждаю разрешение на предоставление мне медицинских стоматологических услуг, включая установку имплантантов и другие операции. Я полностью понимаю, что во время и после процедуры операции и лечения состояние может изменяться, тогда по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия. Я разрешаю любые изменения дизайна, материалов или ухода, если они будут сделаны для моего собственного блага.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись законного представителя пациента \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_