



Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства ИМПЛАНТОЛОГИЯ

Я _____
уполномочиваю врача-стоматолога _____ провести хирургическую имплантацию искусственных титановых имплантов. Этот документ содержит всю необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым лечением и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать своё согласие на проведение данного лечения. Мой доктор тщательно обследовал мою полость рта и полностью проинформировал меня о всех преимуществах и недостатках данного метода, как наиболее подходящего мне в данной клинической ситуации. Так же мне объяснили альтернативные методы лечения: съёмное и несъёмное протезирование, но я выбрал(а) имплантацию. Я предупреждён(а) о сложностях и временных неудобствах, связанных с планируемой имплантацией. Я оставляю за врачом право на выбор типа необходимого мне импланта.

Я осведомлён(а) о возможных осложнениях во время анестезии (появление отёков и ограниченность в движении нижней челюстью) и при приёме анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал (а) доктора о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам, пищевым продуктам и другим веществам.

Я был(а) предупреждён(а) о возможном риске или осложнениях операции. Эти осложнения могут быть в виде боли, отёка, инфекции и изменения цвета. Может появиться онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов, отсроченное заживление. Точная продолжительность лечения не может быть определена, так как может измениться.

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

Мне объяснили, что в определённых случаях импланты не приживляются и требуют удаления. Я знаю и понимаю, что практическая стоматология не является точной наукой; не может быть дано гарантий на результат лечения или операции.

Я понимаю, что курение, приём алкоголя могут повлиять на заживление десны и снижают успех лечения. Я понимаю, что хронические заболевания органов и систем повышают риск неприживаемости импланта по сравнению со здоровым человеком. В случае, если шансы на имплантацию очень низкие и я всё таки соглашаюсь на операцию, то ответственность за приживление импланта лежит полностью на мне.

Я предупреждён(а) о необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта не менее одного раза в квартал. Кроме того, я понимаю необходимость рентгенологического контроля качества лечения в будущем и обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с доктором и записанному в истории болезни).

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен (согласна) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

Мне были объяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы. Объяснение доктором всех деталей удовлетворило меня.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечёт для меня правовые последствия.

Дополнительная информация

Подпись пациента: _____

Подпись доктора: _____

«__» _____ 201__ г.