Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

<u>на дентальную имплантацию (имплантацию зубов)</u>

Я нижеподписавшийся(аяся)_____

(фамилия имя отчество)

Настоящим подтверждаю , что в соответствии со статьей 20 закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации,» , в соответствии с моей волей , я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен(согласна) с названными мне условиями его проведения , а именно о нижеследующем:

1. Я добровольно обращаюсь за медицинской помощью ООО «ЕВРОМЕД»

2. Я соглашаюсь с тем, что дентальную имплантацию будет проводить

_____

В исключительных случаях (например болезнь врача, увольнение , пр) Стоматологическая клиника ООО «ЕВРОМЕД» может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

3.Я полно и доступно информирован(а) о цели и сущности хирургической операции имплантации. Я понимаю , что необходимо для осуществления размещения имплантата в кости под десной.

4. Мой врач тщательно обследовал мое состояние полости рта. Альтернативы этому виду лечения мне были обьяснены. Я

проанализировал (а) эти методы , но предпочитаю для надежного замещения отсутствующего зуба(зубов).

5. Мной и моим лечащем врачом выбран план лечения удовлетворяющий меня с точки зрения сложности, времени, а также стоимости предполагаемых вмешательств. При необходимости , об изменениях в плане лечения я буду информирован(а)заранее моим лечащим врачом , и при совместном обслуживании мы придем к единому решению в тактике моего дальнейшего лечения, при моем отказе на этапах проводимого лечения , от дальнейших мероприятий , направленных на выздоровление и послеоперационную реабилитацию , ответственность за мое здоровье несу только я. Я обязуюсь четко выполнять все рекомендации и назначения , данные мне лечащим врачом,при возникновении ухудшений в состоянии моего здоровья , я обязуюсь информировать моего лечащего врача незамедлительно.

6.Я информирован (а) о том , что для оптимального размещения имплантата в челюсти кости в 60-100%случаях , в зависимости от локализации костного дефекта , необходимо проводить подсадкукостной ткани или костно-замещающих препаратов. Забор костной ткани может быть проведена во внеротовых донорских областях. Остеоинтеграциия подсаженной костной ткани составляет от 3 до 9 месяцев.

7. Я информирован (а) о том , что костная ткань в донорской области несколько месяцев восстанавливается полностью без наступления необратимых последствий для анатомии и функции донорских участков. Меня поставили в известность , что после операции необходимо ограничить физическую и функциональную нагрузку донорских областей в течении первого месяца после операции Я не возражаю против проведения забора костной ткани из внеротовой или внутриротовой донорской области.

8. Мне сообщено о возможных осложнениях : боль, покраснение, отек, временное изменениye цвета зубов и языка. Изменение вкусовой чувствительности.

9.Редкими , но возможными осложнениями являются такие осложнения как:инфекция послеоперационной области. Подкожные кровоизлеяния , повышения температуры, онемениye языка, губы подбородка щеки или зубов. Точная продолжительность такого состояния не предсказуема т может быть необратима. Так же быть воспаление вены(флебит), повреждение имеющихся зубов переломы кости, нарушение целостности (гайморовой пазухи), отсроченое заживление, аллергические реакции к лекарственным препаратом и медикаментам.

10. Я, понимаю , что если ничего не предпринимать (не замещать потерянные зубы, в частности с помощью имплантатов), то может произойти потеря кости челюстей , ухудшение условий для фиксации протезов, воспаление десен, подвижность зубов. Смещение имеющихся зубов, возможно , даже приводящие к удалению зубов. Также возможны в височно-нижнечелюстномс суставе, боли в области шеи , головы, лицевых и Жевательных мышц, утомляемость их при жевании.

11.Мой врач обьяснил мне , что не существует метода точно предсказывающего возможности заживление кости и десны у каждого пациента после имплантации.

12.Я понимаю , что избыточное курение , употребление алкоголя , сахара, могут отразиться на заживлении десен и успешности имплантации.

13.Я согласен(а) , следовать инструкции моего врача по домашнему уходу за имплантами

14. Я согласен(а) являться на регулярные осмотры к моему доктору и гигиенисту , как рекомендовано.

15..Мне известно, что остеоинтеграция (или приживление) имплантата зависит от иммунологических особенностей моего организма, а также связана с выполнением мной предписаний лечащего врача на всех этапах лечения , гарантии на приживления имплантата не дают.

– при отторжении имплантата на хирургическом этапе имплантации ООО «ЕВРОМЕД» обязуется выплатить компенсацию 50% от стоимости этапа.

– При успешной остеоинтеграции имплантата , а именно при отсутствии воспалительных явлений , подвижности имплантата, лечение будет продолжено путем проведения ортопедического этапа имплантации.

16.Мне обьяснена , разьяснена врачом и понятна информация о гарантиях , а именно : гарантиях на приживление имплантата не даются , невозможно предсказать успешность его приживления по причине мкдицинской специфики данной операции , особенностей десен и костной ткани пациента , реакций организма и наличия вредных привычек , не контролируемых лечащим врачом.

17.Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатов анестезии.Я, согласен(а) не управлять транспортными средствами и устройствами , связанными с повышенной опасностью , по меньшей мере 24 часа или более, пока не пройдут действие анестезии или других лекарственных препаратов , примененных для моего лечения .

18.Я предоставил (а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья . Я так же сообщил(а) все случаи аллергических или необычных реакций на лекарственные препараты, пищевые продукты, пыльцу, укусы насекомых, анестетики, пыль.

Я сообщил(а) об имеющихся у меня болезней крови, внутренних органов кожных и инфекционных болезней , заболевания слизистых , нарушениях свертываемости крови и других состояниях , относящихся к моему здоровью.

19.Я согласен(а) на проведение ренгенологических исследований, фотографирование, снятие на видеопленку и другие процедуры,опряженные с дентальной имплантациейпри условиях анонимности.

20. Я полностью понимаю , что в процессе осуществления разработанного плана лечения и проведения хирургических вмешательств местные анатомо-физиологические условия могут быть от личных от предпологавшихся ранее , и по усмотрению врача может быть проведено дополнительное или альтернативное лечение.

21. Мне назначены и со мной согласованы: технология (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения ; сроки проведения лечения ; стоимость отдельныхт процедур(этапов)и лечения в целом. При этом мне известно , что в процесселечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами , которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это .

22. Мне сообщено и понятно , что для эффективного лечения могут понадобится обследования : получение ортопантомограммы , прицельно пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка , консультация стоматолога(ов) иного профиля : консультация у врача(ей) общего медицинского профиля.

23.Я извещен(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения , регулярно принимать назначенные препараты , немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия , с врачом прием любых не прописанных препаратов (например для лечения простуды, гриппа, головной боли и т.д)

24. Я извещен(а) что несоблюдение рекомендаций врача , режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Мне известно , что медицинская услуга относится к категории опасных и возможные осложнения в процессе лечения зависят не только от медицинского вмешательства , но и от состояния моего организма.

25. При отсутствии причинно-следственной взаимосвязи отклонений моего здоровья и стоматологической услуги выполненной в стоматологической клинике ООО «ЕВРОМЕД» последнее не принимает на себя обязательств по их устранению.

26.Я проинформирована о местной иньекционной анестезии и даю согласие на ее проведение.

27. Мне сообщена , разьяснена врачом и понята информация о гарантиях.

28.Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги . Дополнительных условий мною не выдвигается.

29. Я также даю согласия на обработку и передачу моих персональных данных, в обьеме и способами указанными в п 1., ст. 3, ст. 11

Федерального закона №152-ф3 « О персональных данных» , для целей оказания мне медицинских услуг.

Я удостоверяю , что текст моего информированного добровольного согласия на проведения дентальной имплантации мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разьяснения понятны и меня удовлетворяют.

Я принимаю решение осуществить дентальную имплантацию (имплантацию зубов)на предложенных мне условиях.

Пациент_____ __18__ _____02____ _____ 2022г

Врач_____ __18__ _____02_____ 2022г