

Информированное добровольное согласие на костную пластику, синус-лифтинг

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

врачом _____ проинформирован(а) о необходимости проведения операций: костной пластики, синус-лифтинга.

Я получил(а) от своего врача всю интересующую меня информацию о предлагаемом лечении. Мой врач объяснил мне, что операции — костная пластика и синус-лифтинг (поднятие дна гайморовой пазухи) — являются подготовительными операциями по увеличению объема кости перед операцией дентальной имплантации. Я понимаю, что невозможно предугадать точный результат лечения.

Я был(а) проинформирован(а) о возможном неуспешном исходе операции, поскольку результат операции по наращиванию костной ткани зависит от индивидуальных особенностей организма. Также я был(а) информирован(а) врачом о возможных осложнениях, сопутствующих подобным операциям, методам анестезии, приему лекарств. Они включают в себя:

1. Развитие послеоперационных отеков.
2. Флебиты, кровотечения.
3. Боль, тошноту, воспаление в послеоперационном периоде.
4. Онемение языка, губ, подбородка, зубов, и это онемение может остаться навсегда.
5. Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся до нескольких дней, по поводу которого доктор назначит препараты, если сочтет необходимым.
6. Нарушение целостности верхнечелюстных (гайморовых) пазух, воспалительные осложнения в области верхнечелюстных (гайморовых) пазух.
7. Ограниченное открывание рта.
8. Аллергические реакции и другие неожиданные последствия и осложнения.

Информированное добровольное согласие на костную пластику, синус-лифтинг

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 19, 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

врачом _____ проинформирован(а) о необходимости проведения операций: костной пластики, синус-лифтинга.

Я получил(а) от своего врача всю интересующую меня информацию о предлагаемом лечении. Мой врач объяснил мне, что операции — костная пластика и синус-лифтинг (поднятие дна гайморовой пазухи) — являются подготовительными операциями по увеличению объема кости перед операцией дентальной имплантации. Я понимаю, что невозможно предугадать точный результат лечения.

Я был(а) проинформирован(а) о возможном неуспешном исходе операции, поскольку результат операции по наращиванию костной ткани зависит от индивидуальных особенностей организма. Также я был(а) информирован(а) врачом о возможных осложнениях, сопутствующих подобным операциям, методам анестезии, приему лекарств. Они включают в себя:

1. Развитие послеоперационных отеков.
2. Флебиты, кровотечения.
3. Боль, тошноту, воспаление в послеоперационном периоде.
4. Онемение языка, губ, подбородка, зубов, и это онемение может остаться навсегда.
5. Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся до нескольких дней, по поводу которого доктор назначит препараты, если сочтет необходимым.
6. Нарушение целостности верхнечелюстных (гайморовых) пазух, воспалительные осложнения в области верхнечелюстных (гайморовых) пазух.
7. Ограниченное открывание рта.
8. Аллергические реакции и другие неожиданные последствия и осложнения.

В отдаленные сроки, возможно, определится недостаточный объем кости для установки имплантатов.

Я информирован(а) о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах и особенностях лечения с помощью имплантатов.

Мне известны другие возможные способы протезирования без применения имплантатов.

Я знаю, что во время оперативного вмешательства может выявиться необходимость в изменении или отказе от запланированного лечебного мероприятия.

Я осведомлен(а) о предполагаемых сроках лечения, об особенностях послеоперационного периода, а также о том, что установка имплантатов и протезирование на них должно проводиться в том же лечебном учреждении, где была выполнена операция по наращиванию кости.

Я согласен(на) на проведение метода анестезии, выбранного моим врачом.

Я согласен(на) на любое рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.

Я одобряю рекомендуемое лечение. О требуемом поведении перед операцией и после нее я осведомлен(а), в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством, а после операции необходима щадящая, мягкая диета и что для успешного результата операции имплантации необходимы регулярные явки на контрольные осмотры и тщательная гигиена полости рта.

Я согласен(на) регулярно посещать моего врача для осмотра и профилактических процедур.

Я полностью осознал(а), что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата. Эти дополнительные процедуры могут потребовать дополнительной оплаты.

Я получил(а) ответы на все интересующие меня вопросы и добровольно соглашаюсь на предложенное мне лечение.

Особые проблемы, имеющиеся у меня, особо оговорены, в частности: _____

Я подтверждаю согласие на проведение операции по костной пластике и синус-лифтингу.

«_____» _____ 20____ года

Подпись пациента _____ /

(расшифровка подписи)

Подпись врача _____ /

(расшифровка подписи)

2021 г. ИПК «Газпресс». З. 105. Т. 1000.

В отдаленные сроки, возможно, определится недостаточный объем кости для установки имплантатов.

Я информирован(а) о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах и особенностях лечения с помощью имплантатов.

Мне известны другие возможные способы протезирования без применения имплантатов.

Я знаю, что во время оперативного вмешательства может выявиться необходимость в изменении или отказе от запланированного лечебного мероприятия.

Я осведомлен(а) о предполагаемых сроках лечения, об особенностях послеоперационного периода, а также о том, что установка имплантатов и протезирование на них должно проводиться в том же лечебном учреждении, где была выполнена операция по наращиванию кости.

Я согласен(на) на проведение метода анестезии, выбранного моим врачом.

Я согласен(на) на любое рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.

Я одобряю рекомендуемое лечение. О требуемом поведении перед операцией и после нее я осведомлен(а), в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством, а после операции необходима щадящая, мягкая диета и что для успешного результата операции имплантации необходимы регулярные явки на контрольные осмотры и тщательная гигиена полости рта.

Я согласен(на) регулярно посещать моего врача для осмотра и профилактических процедур.

Я полностью осознал(а), что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата. Эти дополнительные процедуры могут потребовать дополнительной оплаты.

Я получил(а) ответы на все интересующие меня вопросы и добровольно соглашаюсь на предложенное мне лечение.

Особые проблемы, имеющиеся у меня, особо оговорены, в частности: _____

Я подтверждаю согласие на проведение операции по костной пластике и синус-лифтингу.

«_____» _____ 20____ года

Подпись пациента _____ /

(расшифровка подписи)

Подпись врача _____ /

(расшифровка подписи)

2021 г. ИПК «Газпресс». З. 105. Т. 1000.