

### **Информированное согласие на операцию по имплантации**

*Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 30, 31, 32, 33 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 25487-1 и Приказом Министерства здравоохранения от 03.08.1999 года № 2303.*

Я, \_\_\_\_\_, получил(а) от своего врача всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении. Мой врач внимательно меня осмотрел и разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения. Я понимаю, что невозможно предугадать точный результат лечения.

Я был(а) проинформирован(а) о возможном риске «неприживления» имплантата, который составляет 2–3 % (и возможности повторной имплантации в этом случае), и возможных осложнениях, сопутствующих подобным операциям, методам анестезии, приему лекарств. Они включают в себя:

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

Мне известны другие возможные способы протезирования без применения имплантатов.

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

### **Информированное согласие на операцию по имплантации**

*Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии со статьями 30, 31, 32, 33 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года № 25487-1 и Приказом Министерства здравоохранения от 03.08.1999 года № 2303.*

Я, \_\_\_\_\_, получил(а) от своего врача всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении. Мой врач внимательно меня осмотрел и разъяснил преимущества и сложности как этого, так и других методов лечения. Я понимаю, что невозможно предугадать точный результат лечения.

Я был(а) проинформирован(а) о возможном риске «неприживления» имплантата, который составляет 2–3 % (и возможности повторной имплантации в этом случае), и возможных осложнениях, сопутствующих подобным операциям, методам анестезии, приему лекарств. Они включают в себя:

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

Мне известны другие возможные способы протезирования без применения имплантатов.

Я информирован(а) о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах и особенностях лечения с помощью 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 изготовление коронок на имплантаты должно проводиться в том же лечебном учреждении, где была выполнена операция имплантации.

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 оптимально успешного 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, индивидуально оговорены, в частности:

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

2019 г. ИПК «Газпресс». Зак. 282. Тир. 500.

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 изготовление коронок на имплантаты должно проводиться в том же лечебном учреждении, где была выполнена операция имплантации.

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 оптимально успешного 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, индивидуально оговорены, в частности:

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

2019 г. ИПК «Газпресс». Зак. 282. Тир. 500.