

Информированное согласие на проведение имплантологического лечения

Форма 27

Настоящее добровольное согласие составлено во исполнение требований Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" с целью обеспечить пациентов необходимой, доступной и достоверной информацией об услугах, оказываемых стоматологической клиникой.

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество Пациента - полностью)

подтверждаю, что врач-стоматолог _____ провел(а) со мной беседу, в ходе которой я был (а) достаточно информирован (а) о:

- сути, целях и предполагаемых результатах показанной мне имплантологической манипуляции;
- возможных альтернативных вариантах лечения;
- методах, предполагаемых этапах и средствах имплантологического лечения;
- необходимых подготовительных мероприятиях перед началом лечения;
- видах восстановления протезированием;
- возможных последствиях, рисках и осложнениях в ходе и по окончании лечения;
- предположительных стоимости, продолжительности и прогнозе лечения.

Я был (а) информирован (а) о том, что в ходе обследования мне был поставлен предварительный диагноз _____

Доктор ознакомил (а) меня с основными, наиболее рациональными планами проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения. Меня информировали о преимуществах предложенной мне тактики лечения и о возможных альтернативных методах лечения, в том числе восстановление отсутствующего зуба с помощью съёмных и несъёмных конструкций, которые в моем случае будут эффективны в иной степени. На основании полученной информации я выбираю метод дентальной имплантации.

Я ознакомлен(а) с подготовительными мероприятиями, которые необходимо провести перед началом имплантологического лечения. Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость осуществления комплексного стоматологического лечения. Я согласен(на) с планом имплантации и понимаю, что он не исключает возможности появления дополнений и изменений, которые могут возникнуть в ходе операции или во время лечения, такие как: операция под седацией, добавление искусственной кости и т.д. и готов(а) полностью их оплатить. Я оставляю за врачом право на выбор типа необходимого(мых) имплантата(тов).

Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость строгого следования этапам лечения, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу для уменьшения вероятности возможных осложнений.

Я понимаю, что, хотя предложенный вид лечения поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, оно является своего рода вмешательством в мой организм, и, как любая медицинская манипуляция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов.

Я осведомлен (а) о возможных рисках и осложнениях, связанных с имплантацией, аугментацией кости, обезболиванием и приемом медикаментов. Это могут быть: боль, отек, гематомы, кровотечение, инфицирование и окрашивание зубов и мягких тканей. Длительность онемения языка, щек, губ, зубов не имеет четких временных рамок, но может быть и необратимой. Возможны воспаление десен, повреждения соседних зубов, переломы кости, перфорация дна гайморовой пазухи, задержка заживления, аллергические реакции на используемые медикаменты и т.д.

Я осознаю, что в случае отказа от предложенного имплантологического лечения могут развиваться следующие состояния: дистрофия и потеря костной ткани, воспаление тканей периодонта, инфицирование, чувствительность, потеря зубов, следствием чего может стать их последующее удаление. Могут появиться расстройства височно-нижнечелюстных суставов, головные боли, отраженные боли в задней части шеи и лицевых мышц, усталость мышц при жевании.

Врач-стоматолог объяснил мне, что нет возможности точно прогнозировать, как пройдет заживление мягких тканей и кости каждого пациента, перенесшего имплантацию. Я проинформирован

(а), что случаются отторжения имплантатов и искусственной костной ткани. Я понимаю, что в случае отторжения имплантата, его необходимо удалить, а в случае отторжения внесённого объёма костной ткани или ее резорбции, возможно, будет необходима дополнительная порция костной ткани.

Я понимаю, необходимость постоянного лечения в одном медицинском учреждении, важность взаимодействия между врачом - имплантологом и лечащим врачом-стоматологом.

Мне понятно, что ни врач-имплантолог, ни лечащий врач-стоматолог не будут нести никакой ответственности за результаты лечения на его этапах до завершения, если я обращусь по собственной инициативе и/или без ведома вышеуказанных специалистов в другую клинику (к другим врачам).

Я понимаю, что курение, употребление алкоголя может отрицательно повлиять на заживление и снизить уровень успеха операции. Я обязуюсь выполнять все инструкции врача по уходу за полостью рта дома и посещать доктора с целью осуществления регулярных осмотров (по графику, оговоренному с врачом и записанному в истории болезни).

Я поставлен (а) в известность о том, что в связи с определённой степенью риска возникновения осложнений в ходе лечения, а также рецидива по причинам, не зависящим от лечащего врача, установление четких гарантийных сроков по данному виду работ затруднено.

Я понимаю, что успешный результат имплантологического лечения может быть значительно снижен, а в ходе и по окончании лечения могут возникнуть осложнения и рецидивы, в таких случаях, как неявка на прием, невыполнение рекомендаций врача, нарушение правил гигиены полости рта, обращение до окончания лечения в другую стоматологическую клинику

Мне объяснили суть всех осложнений (дискомфортных состояний), которые могут возникнуть в связи с индивидуальной реакцией организма на лечение, и я понимаю, что возможное возникновение таких осложнений (дискомфортных состояний) не является следствием некачественно оказанной услуги.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. На все заданные вопросы я получил (а) понятные мне исчерпывающие ответы.

Я получил (а) все рекомендации, касающиеся моего поведения в ходе предлагаемого лечения и последующего реабилитационного периода. Со своей стороны, я высказал (а) все жалобы, предоставил (а), в меру своей осведомлённости, информацию об индивидуальных особенностях и реакциях моего организма, наличие в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на планирование и ход предлагаемого лечения или служить противопоказаниями к его проведению.

Я согласен(на) на проведение фотосъёмки, видеосъёмки и видеозаписи для улучшения качества диагностики и анализа хода лечения.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия.

Я осознаю, что на основании полученной информации я могу как отказаться от предложенного мне лечения, так и дать свое согласие на его проведение. При этом, при принятии данного решения на меня не оказывается никакого давления.

Будучи информированным(ной) и предупрежденным(ной) обо всем вышеизложенном, я полностью сознаю, что предлагаемое медицинское вмешательство показано мне по состоянию моего здоровья. В связи с этим я осознанно и добровольно ДАЮ СОГЛАСИЕ на проведение имплантологического лечения _____

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

Также по своему желанию сообщаю сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5 ч.5 ст.19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья в случае необходимости.

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

«__» _____ 2023г.

Пациент _____ / _____ /

Врач-стоматолог _____ / _____ /