



ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ **на хирургического лечения и/или установку дентальных имплантатов**

Я, _____ проинформирован врачом-стоматологом о том, что мне показано хирургическое стоматологическое лечение или установка дентальных имплантатов. Доктор разъяснил мне метод и способ выполнения предложенного лечения, а также альтернативные методы лечения и последствия, которые могут наступить при невыполнении полного объема лечения, либо отказе от него. Помимо этого, он проинформировал о возможных рисках, симптоматике и явлениях, которые могут возникнуть в ходе проведения хирургического вмешательства или после него.

Меня предупредили о том, что в ходе хирургического лечения может вестись фото- или видеосъемка, а для контроля на этапах лечения и после него может потребоваться рентгенологическая диагностика.

Я даю своё согласие на фото- или видеосъемку процесса лечения, а также на проведение рентгенодиагностики на этапах или после хирургической манипуляции:

Со мной согласованы марка, тип и объем используемых в ходе хирургического вмешательства биоматериалов, тип, количество и марка устанавливаемых мне имплантатов или других внедряемых в организм конструкций. Выбор биоматериалов и имплантатов обоснован моей клинической ситуацией, предполагаемым планом и желаемым результатом лечения.

Я даю своё согласие на использование рекомендованных врачом-стоматологом биоматериалов, установку имплантатов или других внедряемых в организм конструкций:

Практически любое хирургическое лечение требует местного обезболивания. Продолжительность, качество и безопасность местного обезболивания во многом зависят от состояния организма пациента. Под влиянием местного анестетика могут возникнуть следующие побочные явления: отек и онемение мягких тканей лица, появление «синяка» (гематомы) на коже, усиление сердцебиения, тремор (дрожь) конечностей, необъяснимое чувство тревоги и т. д. Данные явления не являются осложнением и проходят самостоятельно через некоторое время.

Я проинформирован о том, что болевые ощущения в процессе хирургического лечения практически исключены, но чувствительность не исчезает полностью, поэтому я могу ощущать давление инструментов, неприятные звуки, запахи и привкус во рту. Во время хирургического лечения возможно возникновение кровотечения, повреждение соседних зубов, несостоятельных пломб и протетических конструкций, изредка возможна перфорация гайморовой пазухи, что потребует дополнительных хирургических манипуляций.

Я проинформирован об ощущениях, побочных эффектах и возможных рисках отдельных этапов хирургической операции:

Качество жизни и симптоматика послеоперационного периода зависят от объема и продолжительности хирургического вмешательства и состояния организма. Послеоперационные явления могут включать в себя болезненность, отек десны и мягких тканей лица в области операции, кровотечение и появление гематомы на коже лица, ухудшение общего самочувствия, повышение температуры тела и т. д. С целью снижения рисков послеоперационных осложнений и контроля за послеоперационным состоянием, врач-стоматолог дал мне разъяснения по послеоперационному режиму, назначил лекарственную терапию и график послеоперационных осмотров.

Я обязуюсь выполнять рекомендации и назначения врача, а также являться на послеоперационные осмотры по согласованному графику:

Я проинформирован врачом-стоматологом о стоимости предстоящего хирургического лечения в устной или письменной форме и понимаю, что она может измениться в случае перехода на альтернативный план лечения. Я также осведомлен о том, что может измениться расход используемых и согласованных со мной биоматериалов и других необходимых для моего лечения компонентов.

Со мной согласован финансовый план предстоящего хирургического лечения, подлежащий оплате по завершению хирургической операции

Я внимательно изучил (а) данное информированное добровольное согласие и понимаю, что оно является юридическим документом, влечет для меня правовые последствия и является неотъемлемой частью моей медицинской документации. Подписываясь ниже, я даю свое согласие на проведение мне хирургического стоматологического лечения и/или установки дентальных имплантатов

Подпись пациента:

Дата: