

ООО «Студия Улыбок» строго руководствуется:

- Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;
- Федеральным законом «О защите прав потребителей»;
- современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

**Информированное добровольное согласие
на проведение медицинского вмешательства
Зубная имплантация**

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я _____ соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог _____
В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути имплантации:

2.1. Диагноз: _____

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения вследствие обстоятельств или появления имплантации или противопоказаний.

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.4. Допустимость коррекции врачом намеченного плана или отказ от его осуществления (на хирургическом или ортопедическом этапе) в зависимости от ситуации, о чем меня уведомит врач.

2.5. Возможные альтернативные варианты лечения, а именно: _____

2.6. Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения, а именно (ненужное вычеркнуть, необходимое добавить):

заболевание кости; атрофия костной ткани; воспаление десны; подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления; патология височно-нижнечелюстного сустава; головные боли; иррадирующие боли в шею сзади и в мышцы лица; утомляемость жевательных мышц;

2.7. Возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте укола, снижение внимания, аллергические реакции.

2.8. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.9. Возможные осложнения в ходе и после операции (в редких случаях), а именно (ненужное вычеркнуть): боль, отек, инфекция или изменения цвета слизистой оболочки полости рта и десны; онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов; воспаление вен; повреждение имеющихся зубов; перелом кости; открытие гайморовой пазухи; отсроченное заживление десны.

2.10. После проведения хирургического этапа имплантации (вживления имплантата и заживления десны) последует ортопедический этап (т.е. установка коронки или протеза – по ситуации и в соответствии с дополнительным планом), который в моих интересах желательно осуществлять в данной клинике.

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно:

гарантии на приживление имплантата не даются, невозможно предсказать успешность его приживления по причине медицинской специфики данной операции, особенностей десен и костной ткани пациента и реакций организма. В случае отторжения имплантата, что потребует его удаления до начала протезирования, фирма возвращает 50% от суммы за установление имплантата.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- получение ортопантограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;
- консультация стоматолога(ов) иного профиля: _____
- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля: _____

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента: _____ / _____ /

Подпись врача: _____ / _____ /