**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО.**

**Добровольное информированное согласие пациента на зубную имплантацию**

Пациент (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз при обращении (стоматологический)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лечащий врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предлагаемый план лечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я информирован о цели и характере предполагаемого лечения, существующих способах и методах лечения.

Мне известно, что медицинская деятельность отнесена к категории опасных, что может быть связано как с состоянием организма пациента, так и с лекарственными препаратами, индивидуальная непереносимость которых не регламентирована какими-либо документами.

Мне известно, что мой лечащий врач работает по технологиям, утверждённым МЗРФ, и гарантирует чёткое выполнение этих технологий.

Мне разъяснены иные методы лечения моего заболевания, а именно протезирование.

Мне разъяснено, что перед проведением имплантации и протезирования я обязан пройти гигиеническую подготовку и санацию полости рта, рентгеновское обследование. Я обязан пройти клиническое обследование и выполнять все необходимые дополнительные обследования, которые могут потребоваться в процессе лечения.

Мне известно, что при операции имплантации возможны аллергические реакции на медикаментозные препараты, используемые при проведении анестезии, возможны воспалительные процессы в десне и кости, повреждение зубов, пенетрация верхнечелюстной пазухи, онемение кожи губ и подбородка не связанные с нарушением технологии имплантации.

Для устранения этих нежелательных проявлений потребуется дополнительное лечение, которое я согласен оплатить по прейскуранту лечебного учреждения.

Я осведомлен, что в процессе оперативного вмешательства, может возникнуть необходимость изменения или отклонения от планируемого оказания медицинской помощи, что диктуется возникшей клинической необходимостью.

Я согласен оплатить медицинские услуги в полном объеме.

Мне разъяснено, что окончательный план протезирования будет определен, и я с ним ознакомлен после успешного имплантирования и приживления имплантанта.

Мне объяснено, что имплантант может отторгаться, что связано с особенностями моего организма. Эти особенности нельзя предусмотреть заранее, и они не связаны с проводимым лечением.

В этом случае мне будет произведена повторная имплантация бесплатно.

Я осведомлен(а), что имею права отказаться от медицинского вмешательства.

О поведении непосредственно перед операцией и после операции я предупрежден (в день операции необходимо ограничение в управлении транспортом, после операции необходима щадящая мягкая диета, питание должно быть полноценным и рациональным, после имплантации необходимы регулярные явки на контрольные осмотры, тщательная гигиена полости рта, выполнение всех назначений лечащего врача, информация лечащего врача обо всех изменениях, которые могут произойти в послеоперационном периоде).

Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии и привлеченных по его выбору специалистам.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях заполнена мною лично.

Оплата за лечение может быть мною проведена за наличный .

Мне известно, что договор, заключенный мною с лечебным учреждением до начала имплантации может быть мной расторгнут в одностороннем порядке за 24 часа до начала проводимого оперативного вмешательства.

***ООО «ИМПЛАМЕД», ул. Орджоникидзе 84. Корпус 6 Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**