

## Информированное добровольное согласие на проведение имплантации в ООО «Антериор»

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО)

в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне следующих медицинских услуг: операция по установке дентального имплантата(ов).

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и понимаю, что при проведении лечебных манипуляций при операции по установке дентального имплантата, включая анестезию и прием лекарственных средств, существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений: болевые ощущения, припухлость мягких тканей, повышение температуры тела, возможно онемение губы, подбородка, языка, аллергические реакции, ограничение открывание рта, аллергические реакции и др.

Я получил (а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен (а) о последствиях отказа от данного лечения.

Я осведомлен (а) о вероятном исходе, в случае, если услуга не будет выполнена, а также о вероятных исходах, в случае ее выполнения.

Я получил (а) полную информацию об альтернативных методах лечения и пришел (а) к выводу, что мне необходимо проведение операции имплантации. Я получил (а) подробные объяснения по программе лечения, по срокам лечения, предупрежден обо всех возможных осложнениях, которые могут произойти во время операции и в послеоперационном периоде.

Я проинформировал (а) врача обо всех случаях аллергии к лекарственным и другим средствам в прошлом и в настоящее время, а так же обо всех объяснены все возможные исходы хирургического лечения.

Я понимаю, что возможно не приживание (отторжение) имплантата или увеличение продолжительности процесса заживления десны, некротические изменения в кости, перелом кости, воспаление десны. Я предупрежден(а) о том, что курение и нарушение правил индивидуальной гигиены значительно повышает вероятность осложнений при заживлении десны и кости, а также отторжения имплантата.

Мне были объяснены все возможные исходы хирургического лечения, а также возможный среднестатистический процент выздоровления (восстановления). Я согласен (а), что никто не может предсказать точный результат операции, и данная операция имеет высокую степень риска.

Я осознаю ответственность за сохранность своего здоровья и обязуюсь соблюдать правила личной гигиены полости рта, обязуюсь не реже двух раз в год являться на профилактические осмотры для ревизии состояния имплантатов и десны, а так же для проведения профессиональной гигиены. Я знаю, что в случае несоблюдения мною гигиены полости рта и в случаях неявики на профилактические осмотры, возможно ухудшение состояния десны и костной ткани.

Я понимаю необходимость и даю согласие на проведение рентгенологического контроля до операции, после операции и во время проведения контрольных осмотров, а так же необходимость обязательного восстановления зубных рядов протезами в сроки и этапы, установленные лечащим врачом: не ранее \_\_\_\_\_ не позднее \_\_\_\_\_

Я разрешаю использовать фотографии моих зубов и полости рта без указания моего имени и фамилии. Согласен (а), что во время обследования и операции ситуация может измениться, при таких обстоятельствах я также доверяю лечащему врачу действовать по его усмотрению.

Я получил (а) полную информацию о гарантийных сроках и ознакомлен (а) со всеми требованиями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден (а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача прекращает гарантийные обязательства медицинской организации перед Заказчиком (пациентом), а также может повлечь за собой не достижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: \_\_\_\_\_

(указать какие, если имеются исключения).

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением: \_\_\_\_\_

(указать какие, если имеются исключения).

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 7. Рентгенологические методы обследования, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования. 8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам: \_\_\_\_\_

*Примечание: В соответствии со ст. 20. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего, а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство*

Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
фио подпись

Пациент: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
фио подпись

Дата: \_\_\_\_\_ 20\_\_ г