

**Информированное добровольное согласие**  
**на проведение стоматологической имплантации**

Я, \_\_\_\_\_,  
действуя в интересах \_\_\_\_\_ / своих,  
Несовершеннолетнего члена семьи \_\_\_\_\_,

получил от лечащего врача всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении.

Я понимаю цель и суть хирургической процедуры для установки имплантата. Врачом выполнено тщательное обследование и даны разъяснения о преимуществах и сложностях этого, а также других методах лечения, но я предпочитаю именно введение имплантата для восстановления отсутствующих зубов.

Я понимаю цель и суть хирургической процедуры установки имплантата.

Мне понятно, что имплантат вводится хирургическим методом под десну, в костную ткань.

Я был/а/ предварительно проинформирован/а/ о возможности осложнений при любых хирургических операциях в полости рта, при анестезии и приеме лекарств. Осложнения могут быть в виде боли, отеков мягких тканей, воспаления в послеоперационный период.

Также возможно онемение губы, языка, щеки, подбородка или зубов. В отдельных случаях возможны воспаление вен, повреждение соседних зубов, перелом кости, пенетрация пазухи, аллергическая реакция на препараты, воспалительные процессы и другие заранее не предсказуемые осложнения, не связанные с квалификацией врача и ассистирующего персонала. Не исключается длительное заживление.

Я понимаю, что, если в случае возникновения осложнений ничего не предпринимать, то последствия могут оказаться тяжелыми или привести к длительному лечению. Потому обязуюсь о любом, особенно негативном, изменении самочувствия немедленно информировать врача и следовать его рекомендациям.

Я согласен(на) на использование при необходимости шовных и перевязочных материалов, коснозамещающих остеопластических материалов, винтов, пинов и мембран любого вида, на усмотрение лечащего врача в момент и после операции.

Врачом объяснено, что невозможно точно предсказать способность дёсен и костей к заживлению у каждого пациента, прошедшего имплантацию. Мне понятно, что импланты могут не прижиться и в этом случае подлежат обязательному удалению. Мне также понятно, что стоматология - не точная наука, и стопроцентно спешный результат не может быть гарантирован.

Я осознаю в полной мере, что курение, приём алкоголя, сахара и других не рекомендованных врачом продуктов, может повлиять на процесс заживления тканей и уменьшает вероятность успешного лечения. Я обязуюсь следовать рекомендациям врача в процессе лечения и, если необходимо, после его окончания. Также, я обязуюсь посещать врача для контроля и профилактики осложнений.

Я соглашаюсь на необходимые рентгеновские обследования до начала лечения, в процессе лечения, а также после его окончания - для более качественного контроля процесса заживления.

Я соглашаюсь на тип и метод анестезии, выбранный лечащим врачом. Я знаю, что в течении 24 часов после ведения анестезии и до окончания действия лекарственных препаратов нельзя управлять транспортными средствами и работать со сложными механизмами.

Я подтверждаю, что сообщенная доктору информация о моем здоровье и индивидуальных особенностях моего организма максимально полная и достоверная. Я осознаю свою ответственность за неполные или искаженные сведения.

Я одобряю, рекомендованное мне врачом лечение и подтверждаю просьбу о предоставлении мне стоматологических услуг включая хирургическое вмешательство и установку имплантатов.

Я полностью понимаю, что во время лечения или после его планового завершения, моё состояние может измениться, что потребует необходимых дополнительных действий врача, для достижения благоприятного результата.

Осознавая значительные преимущества предполагаемого лечения над риском возможных осложнений, я добровольно соглашаюсь на предложенное лечение, подписываю данный документ и заверяю доктора \_\_\_\_\_ и оказывающую услуги организацию ООО "Колибри" - что не буду иметь претензий в случае, если проведённое лечение не достигнет идеального результата (в том числе, в случае отторжения имплантата, возникновения необходимости иного вида протезирования, повторной имплантации и т.д.)

Подпись пациента или его полномочного представителя \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Подпись врача \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

### Анкета пациента.

Следующая информация является крайне важной для того, чтобы мы могли обеспечить Вам стоматологическое лечение в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Эта информация необходима для безопасности Вашего здоровья и эффективности стоматологического лечения. Неправильная или неполная информация может повредить Вашему здоровью.

- нужно ответить на все вопросы;
- если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом;
- все изменения в Вашем общем состоянии здоровья должны быть сообщены нам при первой же возможности;
- информацию о состоянии здоровья несовершеннолетних пациентов вписывает его законный представитель.

Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением врача? **Да Нет**

Если «Да», то у какого врача, и по какой причине? \_\_\_\_\_

Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства? **Да Нет**

Если «Да», перечислите названия лекарств: \_\_\_\_\_

Лечитесь ли Вы в настоящее время или лечились раньше по поводу следующих заболеваний (если «Да», то дайте краткое описание):

*Ревматизм, ревматические поражения сердца, шумы в сердце, врожденные пороки сердца?* **Да Нет**

*Инфаркт миокарда, стенокардия, хирургия на сердце, нерегулярный ритм?* **Да Нет**

*Желудочно-кишечные заболевания?* **Да Нет**

*Повышенное/пониженное кровяное давление, повышенная кровоточивость, анемия?* **Да Нет**

*Проблемы с дыханием, астма, туберкулез, пыльцевая аллергия?* **Да Нет**

*Рак, радиологическое лечение или химиотерапия?* **Да Нет**

*Диабет?* **Да Нет**

*Гепатит, желтуха, заболевания печени?* **Да Нет**

*Почечные и мочепускающие проблемы, диализ?* **Да Нет**

*Паралич, парез, конвульсии, потери сознания, обмороки?* **Да Нет**

*Артрит?* **Да Нет**

*Искусственные суставы (бедро, колено)?* **Да Нет**

*Венерические болезни или СПИД?* **Да Нет**

*Гемофилия?* **Да Нет**

*Переливание крови?* **Да Нет**

*Большие хирургические операции?* **Да Нет**

*Травмы головы или шеи?* **Да Нет**

*Автомобильные аварии?* **Да Нет**

*Лечение нижнечелюстного сустава?* **Да Нет**

*Аллергические реакции на лекарства?* **Да Нет**

*Для женщин: Вы беременны?* **Да Нет**

Имеются ли у Вас какие-нибудь проблемы со здоровьем, о которых Вам известно? **Да Нет**

Добавьте то, что считает важным \_\_\_\_\_

**Имелись ли у Вас при Предыдущем стоматологическом лечении:**

*Аллергические реакции?* **Да Нет**

*Продолжительное кровотечение?* **Да Нет**

*Какие либо другие осложнения во время или после стоматологического лечения?* **Да Нет**

**Насколько мне известно, я ответил правильно на все вопросы.**

Пациент (представитель):

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Врач:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_