

**Информированное добровольное согласие на проведение
Костно-пластической операции**

Я, _____
действуя в интересах _____/своих,
несовершеннолетнего члена семьи/, получил/а от лечащего врача всю интересующую меня
информацию о предполагаемом лечении. Я понимаю цель и суть хирургической процедуры по
увеличению объема альвеолярного отростка (направленная костная регенерация). Врачом
выполнено тщательное обследование и даны разъяснения о преимуществах и сложностях этого, а
также других методов лечения, но я предпочитаю именно эту процедуру для дальнейшего
введение имплантата.

Я был/а/ предварительно проинформирован/а/ о возможности осложнений при любых
хирургических операциях в полости рта, при анестезии и приёме лекарств. Осложнения могут быть
в виде боли, отёков мягких тканей, воспаления в послеоперационный период, расхождение швов.
Также возможно онемение губы, языка, щеки, подбородка или зубов. В отдельных случаях
возможны воспаление вен, повреждение соседних зубов, 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 тяжёлыми и привести к длительному лечению. Поэтому обязуюсь о
любом, особенно негативном, изменении самочувствия немедленно информировать врача и
следовать его рекомендациям.

Я проинформирована врачом и об использовании шовных и перевязочных материалов,
коснозамещающих остеопластических материалов, винтов, пинов и мембран любого вида на
усмотрение лечащего врача в момент и после операции, согласен(на) на их использование.
Врачом объяснено, что невозможно точно предсказать способность дёсен и костей к заживлению
у каждого пациента, прошедшего костную пластику. Мне понятно, что коснозамещающие
osteoplastic материалы могут не прижиться. Мне также понятно, что стоматология - не
точная наука, и стопроцентно успешный результат лечения не может быть гарантирован.

Я осознаю в полной мере, что курение, приём алкоголя, сахара, других не рекомендованных
врачом продуктов, могут повлиять на процесс заживления тканей и уменьшают 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 рентгенологические 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, в течение 24 часов после введения анестезии и до окончания действия лекарственных
препаратов нельзя управлять транспортными средствами и работать со сложными механизмами.
Я подтверждаю, что сообщённая доктору информация о моём 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.

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.

Подпись пациента или его полномочного представителя _____ (_____)

Дата « _____ » _____ 20 ____ г.

Подпись врача _____ (_____)

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:

_____/_____/_____