

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.  
Операция установки дентальных имплантатов, костная и мягкотканная пластика**

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения

Я, {{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.дата\_рождения\_год}}

(*ФИО полностью*), *года рождения*  
проживающий (ая) по адресу: {{пациент.адрес}}  
{% if пациент.представитель\_имеется %}

*Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан*

Я, {{пациент.представитель\_фио}}

*Паспорт: {{пациент.представитель\_документ\_номер}} выдан {{пациент.представитель\_документ\_выдал}}*  
*являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:*

{{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.дата\_рождения\_год}}

(*ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения*)

{% else %} {% endif %}

Соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить врач стоматолог

{{визит\_на\_прием.специалист.специализация}} {{визит\_на\_прием.специалист.фио\_полное}} (далее по тексту - врач).  
(должность, ФИО)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата за медицинское вмешательство производится в день проведения по прейскуранту Клиники.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

№	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1			

Я подтверждаю, что проинформирован(а) врачом о поставленном после обследования мне диагнозе и необходимости проведения хирургической операции по установке дентальных имплантатов, костной и мягкотканной пластики. От альтернативного плана лечения с использованием съемного протезирования пластиночными протезами я отказываюсь в пользу протезирования с опорой на имплантатах. Если во время лечения возникнут непредусмотренные обстоятельства, которые повлекут за собой выполнения дополнительных процедур и манипуляций, я уполномочиваю врача предпринимать все необходимые процедуры и манипуляции для положительных результатов моего лечения.

Мне известно, что зубной имплантат представляет собой конструкцию, изготовленную из металла (титан), которую вживляют в костную ткань челюсти. Имплантат предназначен для замещения зубов, а также в качестве дополнительной опоры для съемных протезов с целью восстановления жевательной функции и эстетики.

Мне разъяснено, что комплексное лечение с использованием имплантатов состоит из следующих этапов:

- клиническое обследование;
- подготовка полости рта – санация (терапевтическая, хирургическая);
- лечение тканей пародонта;
- хирургическая операция (вживление металлической конструкции в костную ткань челюсти);
- процесс укрепления (интеграции имплантата) – от 3 до 6 месяцев;
- протезирование зубопротезной конструкцией с опорой на имплантаты;
- обязательное ежегодное профилактическое обследование у имплантолога с контрольным рентгенологическим обследованием;
- обязательная, не реже 2 раза в год, профессиональная гигиена полости рта (снятие зубных отложений) на весь срок функционирования дентальных имплантатов.

Я информирован (а) об обязательном и своевременном прохождении всех вышеперечисленных этапов и о том, что нарушение этого порядка может повлечь за собой отрицательный результат лечения.

Я информирован (а), что во время операции в костную ткань челюсти мне будут внедрены имплантаты и(или) мембраны, винты, пины, мягкотканые и костно-пластические материалы, и будут наложены швы.

Мне разъяснено, что операция будет проведена по общепринятой методике, с использованием сертифицированных стоматологических материалов. После операции, через определенный период времени, необходимый для интеграции имплантатов, мне будут изготовлены и установлены зубные протезы с опорой на имплантаты. Имплантаты будут выполнять функцию опоры для зубного протеза самостоятельно или в сочетании с собственными зубами.

Я информирован (а), что зубные протезы, изготовленные с применением имплантатов, не могут точно повторять анатомическую форму и положение ранее удаленных зубов.

Мне разъяснено, что после протезирования, возможно, будет видна шейка имплантата в виде полоски блестящего металла.

Я также информирован(а) о том, что протезирование проводится в сроки, установленные для каждого вида имплантатов и индивидуальных особенностей организма. Данные сроки устанавливаются врачом и должны быть полностью соблюдены для максимальной адаптации имплантата в костной ткани. Оплата за ортопедический этап лечения мною будет проведена отдельно по расценкам прейскуранта Клиники на момент проведения этапа протезирования.

Мне разъяснено, что при наличии протеза на имплантах тщательная гигиена полости рта является одной из главных составляющих долговечности конструкции.

Мне разъяснено, что вид фиксации ортопедической конструкции на имплантаты (цементной или винтовой) выбирает врач исходя из клинической ситуации и медицинских показаний.

Я уведомлен(а), что при винтовой фиксации на наружной части коронок будут шахты доступа к фиксирующему винту, которые закрываются пломбирочным материалом. Материал подлежит последующей коррекции при нарушении краевого прилегания по показаниям. В случае применения комбинированных абатментов может происходить отклейка основания от титановой базы или

раскручивание фиксирующего винта, что является конструктивной особенностью изделия и не относится к недостаткам оказанной медицинской услуги. Атрофия костной ткани до 2 мм в пришеечной части после установки имплантатов является нормой.

Я уведомлен(а), что после протезирования на имплантах в обязательном порядке для самостоятельной гигиены необходимо использование ирригатора полости рта, а также прохождения процедур профессиональной гигиены не реже 1 раза в 6 месяцев. Мне разъяснено, и я понимаю, что ирригатор очень важен, поскольку обеспечивает эффективное удаление остатков еды и налета даже из труднодоступных мест, и позволяет проводить массаж десен.

Я понимаю и осознаю, что любой съемный протез с опорой на имплантаты подлежит обязательной перебазировке и коррекции опорно-удерживающих элементов в сроки не реже 1 раз в 6 месяцев с оплатой данной услуги по прейскуранту Клиники.

Мне разъяснено и понятно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема), поэтому я соглашаюсь на возможное увеличение стоимости при увеличении объема операции. При невозможности установки имплантатов из-за состояния костной ткани операция будет прекращена либо проведена подготовка места для установки имплантатов путем мягкотканной пластики или аугментации кости (синус-лифтинг, расщепление гребня, пересадка костных блоков и другое) и прочие манипуляции согласно решению врача. Имплантаты в этом случае могут быть установлены как одномоментно, так и отсрочено после формирования мягких и костных тканей в сроки, рекомендованные лечащим врачом.

Мне разъяснено, что мягкотканная и костная пластика являются отдельными от установки имплантатов услугами и требуют дополнительной оплаты по прейскуранту Клиники на момент оказания услуги. В процессе лечения с применением имплантатов может потребоваться несколько операций по костной и мягкотканной пластике, необходимых для получения наилучшего клинического и эстетического результата лечения, а также установка формирователей десны и временных ортопедических конструкций на имплантаты.

Я информирован (а), что во время операции врач может изменить план лечения в зависимости от фактического состояния (качества и объема) костной ткани.

Я информирован(а), что во время и после операции (в редких случаях) могут произойти следующие осложнения:

- воспаление тканей вокруг имплантатов, что потребует дополнительного лечения и может привести к удалению имплантатов;
- припухлость, отек, болевые ощущения, кровотечения, гематомы, изменение цвета кожного покрова в области челюстей, глаз, носа, длящиеся обычно несколько дней;
- некоторая потеря чувствительности или ощущение онемения в области подбородка, губ, десен, языка, зубов, которые могут продлиться от нескольких дней до нескольких месяцев (редких случаях нарушение чувствительности или ощущение онемения могут приобрести стойкий характер);
- кровотечение в момент и после хирургического вмешательства;
- возможно инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае осложнений, и при несоблюдении предписанных врачом назначений, рекомендаций и правил гигиены;
- аллергическая реакция на медикаменты, обморок, анафилактическая реакция при проведении обезболивания.

Мне разъяснено, что точную продолжительность побочных эффектов и осложнений невозможно прогнозировать, и в крайне редких случаях они могут быть необратимыми.

Понимая сущность предложенного лечения и учитывая индивидуальную реакцию моего организма, я согласен(на), что невозможно гарантировать 100% достижение результата лечения, и что ожидаемый результат может отличаться от полученного в результате вмешательства. В связи с этим, я понимаю, что возможны случаи неблагоприятного исхода операции в виде неприживания имплантата, мягкотканного трансплантата и костно-пластического материала. В то же время врач может провести повторную операцию и, при необходимости, применить костно-пластические материалы для повторной операции.

Я информирован(а) и осознаю, что при неблагоприятном исходе операции (удаление или отторжение имплантата), явившимся следствием индивидуальной реакции моего организма на проведенное вмешательство и не связанном с нарушением врачом общепринятых правил и методик оказания соответствующих услуг, врач за такие осложнения ответственности не несет.

Я понимаю и осознаю, что курение, алкоголь, неправильная диета и такие привычки, как скрежетание, сжимание зубов, нажатие языком на кость и зашивающую десну могут уменьшить процент успеха заживления послеоперационной раны.

Я согласен(сна) выполнять рекомендации врача: по приёму лекарственных препаратов в дооперационном и послеоперационном периоде; по уходу за полостью рта; отказу от вредных привычек; изменению режима и характера питания, а также понимаю необходимость регулярно приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в амбулаторной карте стоматологического больного).

Мне разъяснена необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций. Без анестезии хирургическое вмешательство производиться не может.

Мне разъяснено, что местная анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 минут до нескольких часов в зависимости от вида анестетика и индивидуальной восприимчивости организма и проявляется в виде временной потери чувствительности в области обезболивания.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медицинские препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другими осложнениям.

Я проинформирован(а) врача обо всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время. Я предупрежден(а) о том, что должен(жна) незамедлительно сообщать моему лечащему врачу обо всех изменениях моего здоровья.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

Мне разъяснено, что низкий уровень гигиены полости рта, наличие такого заболевания как: бруксизм; лучевая терапия; химиотерапия; состояние беременности, а также вредные привычки (алкоголизм, курение) резко повышают риск неудачи имплантации.

Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров по методу, рекомендованному врачом, и даю на это свое согласие.

Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического исследования в виде трехмерной компьютерной томографии врач не сможет провести качественное лечение и исключить осложнения после лечения.

Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического исследования.

Я информирован(а) о среднем сроке службы имплантатов и среднестатистическом проценте благоприятного исхода операции по установке имплантата и операций по костной и мягкотканной пластике.

Мне разъяснено, что костная и мягкотканная пластика может потребоваться: до установки имплантатов; в момент установки

имплантатов; а также после полной интеграции имплантата перед протезированием (невыполнение такой рекомендации может послужить причиной неудачи протезирования в связи с высокими медицинскими рисками возникновения осложнений и нарушения врачебных рекомендаций).

Я получил(а) полную и необходимую информацию о гарантийном сроке и сроке службы на овещественные результаты хирургического лечения и ознакомлен(а) с условиями предоставления гарантии, которые обязуюсь соблюдать.

Я понимаю и осознаю, что в случае несоблюдения условий гарантии и врачебных рекомендаций по срокам временного и постоянного протезирования я лишаюсь права на гарантию на все результаты оказанных услуг.

Я уведомлен(а), что для сохранения гарантий и получения ожидаемого результата от протезирования на имплантатах необходимо полностью завершить весь комплексный план лечения и протезирования, рекомендованный лечащим врачом. Отказ от полного завершения комплексного плана лечения или несоблюдение сроков лечения на любом этапе является поводом для аннулирования гарантий на все ранее полученные результаты медицинских услуг.

Я понимаю и осознаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, связанные со случаями аллергии или индивидуальной реакции моего организма на вмешательство, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Я информирован(а), что длительное заживление послеоперационной раны, ее возможное инфицирование, наличие после удаления зубов и корней острых краев лунки, частичное или полное расхождение швов, раскручивание винта на имплантате или формирователя десны, сопутствующий синус-лифтингу воспалительный процесс в гайморовой пазухе, выкрашивание элементов костно-замещающих материалов из раны, прорезывание частей фиксирующих винтов, пинов и мембран, образование послеоперационных рубцов, неприживление, частичное или полное рассасывание мягкотканного или костно-пластического материала считаются особенностями проведения хирургических вмешательств и не являются существенными недостатками оказанных медицинских услуг.

Я информирован(а) о необходимости приема антибиотиков и других препаратов по назначению врача.

Я информирован(а), что при неблагоприятном исходе операции (отторжения или удаления имплантата или костнопластического материала) деньги, уплаченные мною за проведенное лечение и использованные материалы (имплантаты, костнопластические материалы), возврату не подлежат.

В доступной для меня форме мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь *(ненужное зачеркнуть)*:

{{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.номер\_телефона}}  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)  
{{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.номер\_телефона}}  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ {{пациент.представитель\_фио}} {{пациент.фио\_полное}} {{пациент.номер\_телефона}}  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)  
\_\_\_\_\_ {{визит\_на\_прием.специалист.фио\_полное}}  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

#### **Я подтверждаю, что:**

Мне разъяснено, и я понимаю обоснованность сроков хирургического лечения в моем клиническом случае, и что они тесно увязаны со всем комплексом лечебных мероприятий.

Я информирован(а) о том, что во время проведения лечения могут возникнуть непредвиденные ситуации, в результате которых план лечения может быть изменен (полностью или частично).

Я информирован(а) о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Мне разъяснили, и я понимаю всю суть и серьезность хирургического вмешательства.

Я информирован(а), что положительный исход операции зависит от сохранности швов в течение всего послеоперационного периода и напрямую зависит от моего точного соблюдения рекомендации врача.

Я понимаю и осознаю, что поддержание качественного уровня гигиены полости рта позволит длительно сохранить достигнутые результаты лечения.

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

Я понимаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ситуации, которые могут потребовать изменения плана лечения, применения дополнительных методов, чтобы получить по возможности лучший результат, поэтому уполномочиваю врача и выбранных им помощников осуществить это.

Я даю свое согласие на фотографирование (без лица) зубных рядов при оказании мне стоматологических услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью Клиники.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне медицинского вмешательства

{{пациент.представитель\_фио}} {{пациент.фио\_полное}} \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента, представителя) (подпись)  
{{визит\_на\_прием.специалист.фио\_полное}} \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника) (подпись)

{{документ.текущая\_дата\_дд\_мм\_гггг}} (дата оформления)

