

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

«Артадент»

Юридический адрес: 108801, г. Москва, Поселение Сосенское, ул. Александры Монаховой, д. 109, корп. 3, 1 этаж, 2 подъезд, помещение 21

Фактический адрес: 108801, г. Москва, Поселение Сосенское, ул. Александры Монаховой, д. 109, корп. 3, помещение 3/1

Тел.: 8-495-991-28-92, 8-985-991-28-92 e-mail: art-a-dent@mail.ru ИНН/КПП 7751041557/775101001 ОГРН 1177746352629

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение дентальной имплантации

(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я _____,

соглашаюсь с тем, что дентальную имплантацию, другое медицинское вмешательство: _____

будет проводить врач-стоматолог _____ и другие врачи ООО «Артадент». Мне в доступной форме сообщена полная информация о необходимых исследованиях, врачебных процедурах и манипуляциях, а также целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, связанных с предполагаемым, одобренным мною, планом стоматологического лечения. Мне в доступной форме сообщена информация о предстоящей дентальной имплантации. Я ознакомлен(а) с планом лечения, его длительностью, стоимостью и сроками. Я понимаю, что план лечения может быть изменен моим лечащим врачом или отменен в зависимости от ситуации и клинической картины, а также на хирургическом или ортопедическом этапе, о чем меня проинформирует лечащий врач. Я понимаю, что в большом количестве случаев перед имплантацией необходимо проведение костной пластики и/или пластики мягких тканей. Если я отказываюсь от этого этапа врач не сможет гарантировать установку имплантата в соответствии с методическими рекомендациями и/или в оптимальной ортопедической позиции. До моего сведения доведены альтернативные планы лечения. Я информирован(а) о других (альтернативных) способах лечения, их преимуществах и недостатках. Я проинформирован(а), что при моем отказе от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения возможны негативные проявления: заболевание кости, атрофия костной ткани, воспаление десны, подвижность зубов и имплантата, что может привести к необходимости их удаления, патология височно-нижнечелюстного сустава, головные боли, иррадиирующие боли в шею и мышцы лица, утомляемость жевательных мышц и др. Я понимаю, что возможны осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, снижение внимания, аллергические реакции, шок, коллапс, анафилактический шок. Я понимаю, что возможны последствия приема обезболивающих средств и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры, а также другие проявления, описанные в инструкции к лекарственному средству, назначенному врачом. Я понимаю, что мне необходимо ознакомиться с инструкцией к лекарственному средству и принимать его строго по назначению врача. Мне сообщены возможные осложнения в ходе и после операции: боль, отек, затрудненное открывание рта, в области углов рта могут образоваться трещины, гематомы тканей челюстно-лицевой области, кровотечения, инфекция, изменение цвета и формы слизистой оболочки полости рта и десны; воспаление десен, онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов, повреждение имеющихся соседних зубов, перелом кости, периимплантит (воспаление костной ткани около имплантата), требующий удаления имплантата, убыль костной ткани в области соседних зубов, убыль костной ткани в случае периимплантита, требующая в некоторых случаях дополнительных сложных

операций по ее восстановлению для последующей повторной имплантации. Также описаны редкие случаи перелома имплантатов при установке. Операция имплантации на верхней челюсти может осложниться перфорацией верхнечелюстной пазухи, полости носа, в боковом отделе нижней челюсти – повреждением нижнего альвеолярного нерва, что может потребовать дополнительного лечения. Я понимаю, что необходимо строго следовать указаниям врача, если не смогу лежать неподвижно и буду шевелиться, дергаться или глотать без предупреждения, возможно повреждение тканей лица или шеи инструментами, в том числе с последующим образованием рубцов. Я понимаю, что в процессе стоматологического лечения возможны травмы, порезы повреждения лица и мягких тканей. Иногда могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Возможно, потребуется направление для консультации и лечения в другие медицинские учреждения и в связи с этим точная продолжительность лечения, в том числе и этапов, зависящих от хирургического лечения (например, протезирования) может изменяться. После проведения хирургического этапа имплантации (вживления имплантата и заживления десны) последует ортопедический этап (установка коронки или протеза в соответствии с планом лечения), который в моих интересах желательно проводить в этой же клинике, т.к. нагрузка на имплантат(ы) может быть рассчитана иначе, что может, привести к негативным последствиям и не достижению положительного результата лечения. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях. Мне названы и со мной согласованы: - количество имплантатов, материал, из которого изготовлены имплантаты, производитель имплантатов, технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; - методы протезирования; я понимаю, что, выбирая имплантацию, я отказываюсь от съемного протезирования. - этапы и сроки проведения лечения, стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть, вплоть до отказа от имплантации и лечения. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною профилактических мероприятий, соблюдение гигиены полости рта, регулярного лечения, в котором я буду нуждаться, визитов в указанные сроки, рекомендаций по режиму труда и отдыха, приема лекарственных препаратов, назначенных врачом, важность передачи точной достоверной информации о состоянии моего здоровья, и т.д. Я предупрежден(а), что курение, прием алкоголя и наркотических препаратов может существенно осложнить заживление операционной раны и приживание имплантата, а также привести к отторжению уже «прижившегося» имплантата в любое время. 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 предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры. Я знаю, что при появлении непонятных мне явлений дискомфорта в полости рта или во всем организме после операции, мне необходимо позвонить в клинику по телефону и записаться на прием к врачу. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться дополнительные обследования: ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма; консультация стоматолога(ов) и(или) других специалистов. Я получил(а) от врача всю интересующую меня информацию о предстоящем лечении, о характере предстоящего вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений. Врач внимательно осмотрел меня, собрал информацию о моем здоровье в прошлом и настоящем, разъяснил преимущества, риски и сложности предполагаемого метода лечения, альтернативы данному виду лечения и этапы лечения. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворяющие мне ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу. Я понимаю, что в ходе выполнения медицинских манипуляций может возникнуть необходимость осуществления других медицинских вмешательств, исследований или операций. Я поручаю врачам принимать необходимые решения в соответствии

с их профессиональными суждениями и выполнять любые медицинские действия, которые врачи сочтут необходимыми для улучшения моего состояния. Я понимаю, что гарантийные обязательства на все виды стоматологических услуг сохраняются только в случае соблюдения рекомендаций по проведению профессиональной гигиены полости рта. В случае невыполнения этих рекомендаций гарантия не сохраняется. Я согласен(согласна) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения. Я соглашаюсь на тип и метод анестезии, выбранный врачом. Я понимаю, что успешное лечение возможно только при наличии данных компьютерной томографии. Это исследование необходимо выполнить до начала стоматологического лечения. Я информирован(а) о необходимости рентгенологического исследования челюстей и зубов (ортопантограммы, дентальной компьютерной томографии, прицельной радиовизиографии) до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров. Подписанием этого документа я выражаю своё согласие на проведение рентгенологического исследования. Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Дата:

_____ (подпись) / _____ (ФИО пациента)

_____ (подпись) / _____ (ФИО врача)