

## **Информированное добровольное согласие на проведение дентальной имплантации.**

Я, \_\_\_\_\_,

информирован(а) о способе и цели предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, недостатках и риске дентальной имплантации. При этом мне известны другие возможные способы лечения без применения зубных имплантатов.

Настоящий документ подтверждает, что я получил(а) объяснения в устной форме о необходимости и целесообразности проведения дентальной имплантации, ознакомился(ась) с предлагаемым планом лечения и мог(могла) отказаться от него, либо дать согласие на проведение медицинского вмешательства по установке имплантата(ов).

Я сообщил(а) врачу всю связанную со своим здоровьем информацию, которая может иметь значение при проведении операции и консервативного лечения и подтверждаю, назвал(а) все имеющиеся у меня болезни и недуги.

Врач рассказал мне о возможных осложнениях и методах лечения и обосновал необходимость выбора именно этого метода восстановления утраченного зуба (зубов).

Я осведомлен(а), что оперирующий хирург сделает все от него зависящее для уменьшения риска дентальной имплантации, Мне известно, что в ходе операции будет применено обезболивание, выбор которого производится врачом с учетом особенностей моего организма, также меня проинформировали о том, что выполнение операции связано с определенным риском и возможностью возникновения осложнений, как в ходе, так и после операции. В таком случае ход операции и анестезия могут быть изменены по усмотрению врача. В частности, возможными осложнениями могут быть: отторжение имплантата, проникновение имплантата в верхнечелюстную (гайморову) пазуху или в нижнечелюстной канал.

Мне в доступной форме была разъяснена необходимость следовать этапам установки имплантата(ов), которые необходимо выдержать прежде чем перейти к следующему этапу, чтобы уменьшить вероятность его отторжения.

Врач в доступной форме объяснил мне, что спустя 3-4 месяца на нижней челюсти и 5-6 месяцев на верхней челюсти после контрольного рентгенологического обследования производится установка формирователя десны – процедура, относящаяся к хирургическому этапу и являющаяся своего рода переходом к протезированию. Врач сообщил мне, что необходимо являться на регулярные осмотры к доктору во время установки имплантата, во время пользования им. Врач также проинформировал меня о необходимости соблюдения рекомендаций по уходу за имплантатом и приему лекарств. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии, при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Я понимаю, что могу отказаться от всех операций и процедур, описанных выше или тех, которые могут быть предложены позже.

Понимая сущность, предложенного лечения, уникальность собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною результат может не совпадать с действительным и согласен(согласна) на это.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) на них исчерпывающие ответы в доступной форме.

**Я принимаю решение начать проведение мне дентальной имплантации.**

Подпись врача \_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.