

**Общество с ограниченной ответственностью
«ДЕНТА ЛИГА»**

**Информированное добровольное согласие
на проведение медицинского вмешательства
зубная имплантация**

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я _____
соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о сути имплантации, возможных осложнениях в ходе операции, а также в послеоперационном периоде, а именно:

- на основании жалоб, клинической картины и дополнительных методов обследования мне установлен диагноз и предложены варианты лечения,
- мной и моим лечащим врачом выбран план лечения, удовлетворяющий меня с точки зрения сложности, времени, а также стоимости предполагаемых вмешательств. При необходимости, об изменениях в плане лечения я буду информирован заранее моим лечащим врачом, и, при совместном обсуждении, мы придем к единому решению в тактике моего дальнейшего лечения,
- при моем отказе, на этапах проводимого мне лечения, от дальнейших мероприятий, направленных на выздоровление и послеоперационную реабилитацию, ответственность за мое здоровье несу только я сам,
- я обязуюсь четко выполнять все рекомендации и назначения, данные мне лечащим врачом,
- при возникновении ухудшений в состоянии моего здоровья, я обязуюсь информировать моего лечащего врача незамедлительно,
- мне разъяснена информация об особенностях физиологического течения послеоперационного периода, а именно: наличие болевого синдрома, отека мягких тканей, гематом, мышечной контрактуры, парестезии,
- я осознаю, что прием медикаментозных средств может приводить к возникновению осложнений указанных в аннотации к данным препаратам, например, аллергическим реакциям, нарушению микрофлоры желудочно-кишечного тракта и др.,
- мне известно, что остеоинтеграция (или приживление) имплантата, зависит от иммунологических особенностей моего организма, а также связана с выполнением мной предписаний лечащего врача на все этапах лечения; гарантии на приживления имплантата не даются,
- при отторжении имплантата на хирургическом этапе имплантации ООО «ДЕНТА ЛИГА» обязуется выплатить компенсацию в размере 50% от стоимости хирургического этапа,

-при успешной остеоинтеграции имплантата, а именно при отсутствии воспалительных явлений, подвижности имплантата лечение будет продолжено путем проведения ортопедического этапа имплантации,
-мне разъяснена важность поддержание гигиены полости рта, и я обязуюсь поддерживать ее с помощью процедур как самостоятельной, так и профессиональной гигиены,
-мне известно, что несоблюдение гигиены полости рта, курение, употребление спиртных напитков, наличие отягощенного анамнеза (хр. пародонтита, эндокринных заболеваний, патологий височно-нижнечелюстного сустава и др., о которых мне сообщил лечащий врач) могут стать причиной возникновения осложнений в позднем послеоперационном периоде и привести к удалению имплантата.

3. Мне объяснена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно: гарантии на приживление имплантата не даются, невозможно предсказать успешность его приживления по причине медицинской специфики данной операции, особенностей десен и костной ткани пациента, реакций организма и наличия вредных привычек ,неконтролируемых лечащим врачом.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною *плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.*

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- получение ортопантограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;
- консультация стоматолога(ов) иного профиля: _____

- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля: _____

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных в объеме и способами, указанными в Федеральном законе №152-ФЗ «О персональных данных» для целей оказания мне медицинских услуг.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

_____/_____
(подпись Пациента) (Расшифровка подписи)

Дата _____