**Информированное согласие на проведение медицинского вмешательства (операция установки имплантов)**

Я,(Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

врачом (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проинформирован(а) о необходимости операции установки имплантов, понимаю цель и суть ее проведения.

Я даю согласие на проведение мне местной инъекционной анестезии и установку импланта(ов) системой Osstem.

Хирургическое лечение имеет своей целью создание благоприятных условий для выздоровления и (или) реабилитации пациента за счет внедрения в ткани организма.

Последствиями отказа от данной процедуры могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнении, появление болевых ощущении, а также обострение системных заболевании организма.

Я информирован(а) также об основных преимуществах, сложностях и риске хирургического лечения, включая вероятность осложнении.

Также я информирован(а) о других способах лечения, их преимуществах и недостатках.

После завершения оперативного вмешательства периода заживления раны могут быть оговорены вид и время последующего хирургического (по показаниям) и ортопедического(зубопротезного) лечения.

Мне известно, что до начала хирургического вмешательства я могу отказаться от его проведения.

Осложнения оперативного лечения также могут быть обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса челюстно-лицевой области (остеомиелит, кисты и др.) Мне объяснили альтернативные методы лечения, но я предпочитаю импланты для восстановления утраты отсутствующих зубов.

Я понимаю, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален по длительности и характеру лечения. Я был(а) предупрежден(а) о том, что после проведения операции могут возникнуть боль, отечность десны, тризм (ограничение открывания рта), которые могут быть в течении нескольких дней и дольше.

Доктор объяснил мне, что не существует способа точно предсказать заживляющих способностей десны и костной ткани после проведения операции. Мне объяснили, что в определенных случаях импланты не приживаются и требуют удаления.

Я понимаю, что курение, прием алкоголя, употребление сахара в большом количестве могут повлиять на заживление десны и снижают успех лечения. Я согласен-(а) следовать инструкциям моего врача по уходу за полостью рта.

Я согласен(а) регулярно посещать моего доктора в зависимости от его указании.

Я сообщил(а) точные данные о своем физическом и душевном здоровье. Кроме того, я сообщил о всех имеющих место аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья.

Я прошу предоставить и подтверждаю предоставление мне медицинских (стоматологических) услуг, включая установку имплантов и другие операции.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

Я ознакомился(ась) с данным Приложением и понимаю, что последнее является юридическим документом и неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Я обязуюсь соблюдать рекомендации и медикаментозное лечение назначенное врачом.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_