Информированное согласие на операцию по вживлению зубных имплантатов.

Использование зубных имплантатов лежит в основе протезирования в случаях отсутствия одного или более зубов. Вживление зубных имплантатов осуществляется хирургическим путем под местным обезболиванием.

Ф.И.О. _____

Фамилия пациента Имя Отчество Номер паспорта

Мною получено объяснение о предстоящем хирургическом вмешательстве имплантации, включая отдаленные прогнозы, результаты и альтернативные методы лечения в данном конкретном случае. Мною также взвешены и обдуманы другие способы лечения перед выбором имплантационной хирургии. Я получил исчерпывающую информацию о возможных осложнениях предложенной мне операции таких как припухлость, боль, подкожные кровотечения. Также доведены до моего сведения риск и возможные осложнения имплантации: инфекция, поражение нижнего луночкового нерва при имплантации в нижней челюсти, которое выражается во временной или постоянной потере чувствительности нижней губы и\или подбородка. При имплантации на верхней челюсти существует опасность поражения верхнечелюстной (гайморовой) пазухи. Я получил объяснение о возможном отторжении имплантата и необходимости удаление имплантата с последующим востановительным лечением. Мне объяснено что характер и продолжительность заживления кости и десны после операции по вживлению имплантатов сугубо индивидуальны и непрогнозируемы, и могут продлиться около двух недель.
Мне также разъяснено и я понимаю важность проведения лечения в одном и том же месте при кооперации между врачем, выполняющем имплантацию и протезирующим врачем. Мне также понятно что коллектив\ врач не отвечают за лечение и его результаты если в процессе лечения я по собственной инициативе а не по направлению коллектива\ врача, выполняющего имплантацию, обращусь к другому врачу\клинику для лечения имплантата и окружающих тканей.
Мне ясна важность предоставления исчерпывающй информации о состоянии моего здоровья, а также следование всем предписаниям, которые я получу от лечащего врача и\или коллектива, включая соблюдение гигиены полости рта и исполнение всех терапевтических и протезных видов лечения которые могут понадобиться, и профилактических осмотров в назначенные сроки.
Этим я даю свое согласие на выполнение основного лечения.
Я также даю свое согласие на проведение местного обезболивания, после того как были доведены до моего сведения риск и возможные осложнения местного обезболивания, включая временное затруднение при открывании рта.
Если будет принято решение о проведении основного лечения под общим наркозом я получу объяснение от анастезиолога.

_____ _____

Число Подпись пациента

_____ _____

Имя опекуна (степень родства) Подпись опекуна
В случае недееспособности,
несовершеннолетия или душевной болезни

Я подтверждаю что объясненил пациенту\ опекуну пациента* все выше указанное с необходимыми подробностями и что пациент подписывает соглашение в моем присутствии, после того как я убедился что все мои объяснения были полностью поняты.

_____ _____

Имя врача Подпись Номер диплома

*вычеркнуть лишнее