в соответствии со ст. 20 ФЗ-323 от 21.11.11 г. «Об основах охраны здоровья граждан в РФ **ФЗ «О защите прав потребителей»**

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

ЗУБНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ

Я, _____ , _____ года рождения, на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи добровольно даю согласие на обследование и лечение в ООО «Бест-Стом»: **зубная имплантация.**

1. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о предстоящем лечении:

Диагноз (указан в медицинской карте):_____

2.1. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения вследствие обстоятельств или появления имплантации, или противопоказаний.

2.2. Индивидуальный рекомендованный план лечения.

2.3. Допустимость коррекции врачом намеченного плана или отказ от его осуществления (на хирургическом или ортопедическом этапе) в зависимости от ситуации, о чем меня уведомит врач.

2.4. Возможные альтернативные варианты, а именно:_____

_____

2.5. **Возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения или частичного его выполнения,** а именно: заболевание кости; атрофия костной ткани; воспаление десны; подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления; патологии височно-нижнечелюстного сустава; головные боли; иррадиирущие боли в шею сзади и в мышцы лица; утомляемость жевательных мышц; нарушения общего состояния организма;_____

2.6. **Возможные** (в некоторых случаях) **осложнения на этапах и после лечения**, а именно:

- под влиянием анестезии, а именно: отёк мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции, пост.инъекционные боли, неврит;
- последствия приёма анальгетиков и антибиотиков (в случаях их назначения), а именно: аллергические реакции; изменения витаминного и иммунологического балансов; нарушения состава кишечной микрофлоры;
- в ходе и после операции (в редких случаях), а именно: боль, отёк, инфекция или изменения цвета слизистой оболочки полости рта и десны; онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов; воспаление вен; повреждение имеющихся зубов; перелом кости; открытие гайморовой пазухи, что потребует проведения дополнительной операции; вывих или подвывих нижней челюсти; отсроченное заживление десны; неврит; парестезия;

2.7. После проведения хирургического этапа имплантации (вживления импланта и заживления десны) последует ортопедический этап (т.е. установка коронки или протеза – по ситуации и в соответствии с дополнительным планом), **который в моих интересах желательно осуществлять в данной клинике.**

3. Мне была предоставлена возможность предварительно ознакомиться с Положением о «Порядке предоставления гарантии на стоматологические услуги» в ООО «Бест-Стом», мне названы и со мной согласованы гарантии в моем конкретном случае.
4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;

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:

- получение ортопантомограммы, прицельного компьютерного снимка, снимки КТ;
- консультация стоматолога(ов) иного профиля: _____
- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля:_____

Мною были заданы медицинскому работнику все интересующие меня вопросы о предстоящем лечении и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения. Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Данное информированное добровольное согласие действительно в течение всего срока оказания медицинской помощи в ООО «Бест-Стом». Меня устраивает уровень сервиса при получении данной медицинской услуги. Дополнительных условий мною не выдвигается.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента:
_____/_____/

Дата: « » _____ 20

Расписался в моём присутствии: медицинский работник
_____/Ф.И.О. врача/

Дата: « »_____ 20