

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**  
**Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы**  
**«Стоматологическая поликлиника № 53 Департамента здравоохранения города Москвы»**

---

**Добровольное информированное согласие пациента**  
**на операцию по установке дентальных имплантатов.**

Цель данного документа – представить пациенту/представителю пациента до подтверждения им согласия на операцию полную информацию об особенностях послеоперационного периода и осложнениях, которые могут возникнуть при данном виде лечения.

Я \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество пациента пациенту/представителя пациента)

уполномочиваю врача \_\_\_\_\_  
и его ассистентов выполнить мне хирургическую операцию по установке дентальных имплантатов \_\_\_\_\_

Содержание и результаты операции, возможные опасности, а так же возможности альтернативных методов лечения мне полностью объяснены врачом, и я их полностью понял(а).

Особенно важными и полностью ясными для меня являются следующие положения:

1. Я предупреждён (на), что после операции возможно развитие отёка и изменение цвета кожи челюстно-лицевой области. В некоторых, редких случаях изменения кожи сохраняются на длительный срок (несколько дней).
2. Я предупреждён (на), что: после операции могут появиться онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов.
3. Я предупреждён (на), что возможно нагноение раны, кровотечение, тромбофлебит, тромбоз эмболия, повреждение имеющихся зубов, перелом кости, пенетрация верхнечелюстной пазухи и нижнечелюстного канала, отсроченное заживление, аллергические реакции на используемые лекарства и материалы.
4. Я предупреждён (на) о возможности отторжения дентального имплантата. Мне известно, что частота отторжений дентальных имплантатов составляет от 3% до 5 %. При курении, системных заболеваниях и плохой гигиене полости рта - процент отторжения значительно выше.
5. Я понимаю, что хирургия – это не точная наука, и не может 100% гарантировать получение желаемого результата.
6. Я согласен (сна) на тип анестезии и рентген диагностику по выбору моего доктора.
7. Я полностью понимаю, что продолжительность лечения не может быть определена точно или может измениться; что во время и после процедуры, операции и лечения, состояние в полости рта и общее состояние здоровья может измениться, и тогда, по усмотрению врача, для достижения благоприятного результата может быть назначена дополнительная или альтернативная терапия. Я разрешаю любые изменения дизайна, материалов или ухода, если они будут сделаны для моего собственного блага.
8. Я понимаю, что эстетическая оценка результатов лечения, связанная с изменением в моем внешнем виде, субъективна, поэтому чисто эстетическая неудовлетворенность результатом лечения не может быть основанием для предъявления претензий.
9. Я согласен (сна) не управлять автомобилем и не работать с другими опасными аппаратами, по меньшей мере, ближайшие 24 часа после операции, до полного восстановления моего состояния, после использования лекарственных средств.
10. Я сообщил (а) точные данные о своём физическом и душевном здоровье /представляемого мною пациента. Кроме того, я сообщил (а) обо всех имевших место аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезней крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья /здоровья представляемого мною пациента.

11. Я понимаю, что я ответственен (на) за оплату услуг, оказанных мне в стоматологическом отделении в соответствии с прейскурантом, по факту их оказания.

12. Я внимательно ознакомился (лась) с данным согласием на операцию, и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

13. Я ознакомлен (а) с приведенной выше информацией, я заверяю, что полученные мной объяснения меня полностью удовлетворяют, и что я полностью понимаю назначение данного документа и подтверждаю свое согласие на операцию.

14. Настоящее согласие дается мною на весь срок действия договора на весь перечень сопутствующих лечению с использованием установке дентальных имплантатов услуг, согласно утвержденной Министерством здравоохранения РФ номенклатуре медицинских услуг.

15. Настоящее согласие может быть отозвано в любой момент в течение срока действия договора с помощью письменного волеизъявления подписанного пациентом.

**Лист информированного согласия мною прочитан, осознан и понят, достаточен для принятия решения о согласии на получение медицинских услуг.**

**Подпись пациента** \_\_\_\_\_

**Подпись представителя**

**пациента** \_\_\_\_\_

**Подпись медицинского работника**

\_\_\_\_\_