

Стоматология ООО «Праксис»

г. Магнитогорск, ул. Тевосяна 4А, офис 5

Информированное добровольное согласие на проведение комплексного Лечения с использованием стоматологических имплантов, костнопластических И костнореконструктивных операций.

Пожалуйста, внимательно прочтите каждый пункт и задайте врачу необходимые вопросы, прежде чем поставить подпись.

Дата заполнения « _____ » _____ 200__ г.

Я, . _____ (Ф.И.О.):

1. Даю согласие на проведение мне операции стоматологической имплантации внутрикостных эндооссальных стоматологических имплантов, костнопластической, костнореконструктивной операции. Я информирован(а), что Операция будет производиться под местным обезболиванием и премедикацией. Во время операции в "костную ткань альвеолярного отростка мне будут внедрены титановые конструкции (импланты).
2. Мне известны имеющиеся у меня заболевания полости рта, а также дефекты моего зубного ряда.
3. Мне была разъяснена возможность протезирования с применением имплантов, а также другие альтернативные способы протезирования без применения имплантов.
4. Мне известно, что зубной имплант представляет собой металлическую конструкцию, изготовленную из титана, которую вживляют в костную ткань челюсти. Имплант предназначен для замещения зубов, а также в качестве опоры для протезов с целью восстановления жевательной функции и эстетики.
5. Я информирован(а), что во время операции врач может изменить её план в зависимости от состояния костной ткани.
6. Я информирован(а), что импланты в послеоперационном периоде могут вызвать реакцию отторжения, что приведет к их удалению.
7. Я информирован(а), что в случае отторжения импланта в течении года с момента проведения операции мне может быть проведена повторная операция бесплатно. В этом случае я должен(а) оплатить только стоимость самих имплантов и костных материалов для повторной операции.
8. Мне известно, что после протезирования возможно будет видна шейка имплантов в виде полоски блестящего металла.
9. Я предупрежден (а), что зубные протезы, изготовленные с применением имплантов, не могут точно повторять анатомическую форму и положение ранее удаленных зубов.
10. Мне известно, что срок службы имплантов ограничен и в зависимости от возраста, общего состояния здоровья, качества гигиенического ухода, от вида имплантов, составляет от 1 года до 10 лет.
11. Мне известно, что комплексное лечение с использованием имплантов состоит из следующих этапов:
 - клиническое обследование
 - подготовка полости рта-санация
 - лечение тканей пародонта
 - хирургическая операция (вживление металлической конструкции в костную ткань челюсти)
 - процесс укрепления имплантов от 3 до 6 месяцев
 - протезирование зубопротезной конструкции
 - обязательное профилактическое обследование как после операции имплантации, так и после окончания протезирования в период реабилитации: первая явка через 1 месяц, 2 явка через 2 месяца, последующие явки через 3 месяца.
12. Я предупрежден(а) об обязательном и своевременном прохождении всех этапов и о том, что нарушение этого порядка может повлечь за собой вред здоровью.
13. Мне известно, что у меня имеется хроническое заболевание тканей пародонта, и что это является относительным противопоказанием к имплантации и сокращает срок службы импланта.
14. Мне известно, что наличие таких заболеваний как бруксизм, лучевая терапия и вредные привычки (алкоголь и курение) резко повышают риск неудачи имплантации.
15. Меня предварительно информировали о планируемом виде и количестве имплантов.
16. Я подтверждаю, что в «Карте опроса больного перед стоматологической имплантацией» назвал все имеющиеся у меня болезни.
17. Меня ознакомили с планом ортопедического лечения.
18. Мне известно, что при любом хирургическом вмешательстве неизбежно происходит причинение вынужденного вреда организму для предотвращения вреда от основного заболевания, а также причинение некоторых нравственных и физических страданий.
19. Меня предупредили, что в силу индивидуальных особенностей организма существует определенный риск и возможность непредвиденных осложнений:
 - лицевая и челюстная припухлость, возникновение гематомы и изменение цвета кожного покрова в области челюстей, глаз, носа, длящиеся обычно несколько дней.

- болевые ощущения, которые могут сохраняться до нескольких недель.
 - некоторая потеря чувствительности или ощущение онемения в области подбородка, губ, десен, языка, зубов, которые могут продлиться от нескольких лет до нескольких месяцев. В редких случаях нарушения чувствительности или ощущение онемения могут приобрести стойкий характер.
 - кровотечение в момент и после хирургического вмешательства.
 - при обезболивании и индивидуальном расположении - повреждение нервно-сосудистого пучка.
 - аллергическая реакция на медикаменты, обморок, анафилактическая реакция при проведении обезболивания.
 - как и в случае любого хирургического вмешательства, существует опасность постоперационной инфекции.
20. Меня проинформировали о том, что операции по установке стоматологических имплантантов заведомо связаны с риском и положительный результат зависит от состояния организма пациента, поэтому клиник не дает 100% гарантии положительного результата.
21. Я также ознакомлен(а) с тем, что в настоящее время имеющаяся техника имплантации не может дать 100% гарантии успеха, и отказываюсь от предъявления каких-либо претензий к имплантологу и клинике, которые будут использовать все свои знания и опыт, для обеспечения успеха в имплантации.
22. Я информирован(а), что при неблагоприятном исходе операции (отторжение и удаление имплантанта) деньги, уплаченные мной за проведенное лечение и использованные материалы возврату не подлежат.
23. Мне известны осложнения, которые могут возникнуть в связи с проведением комплексного протезирования с использованием имплантантов.
- подвижность зубопротезной конструкции с опорой на имплантант;
 - наличие боли;
 - прогрессирующая потеря твердых и мягких тканей вокруг имплантанта;
 - оголение шейки имплантанта;
 - персимплантит;
 - необходимость удаления имплантанта.
24. Меня заранее предупредили, что указанные осложнения невозможно предвидеть и избежать и поликлиника не несет ответственности за их наступление.
25. Меня предупредили, что хирургическое вмешательство может повлечь за собой временную нетрудоспособность.
26. Я подтверждаю, что меня ознакомили с инструкциями, которые необходимо выполнять, до и после проведения операции имплантации, а также в течении всего времени пользования имплантантами. В случае несоблюдения инструкций риск возникновения осложнений увеличивается в несколько раз.

Я подтверждаю, что я прочитал вышеизложенное, и мне полностью понятен каждый пункт данного документа.

Я добровольно и осознанно даю свое согласие на проведение операции стоматологическая имплантация на вышеназванных условиях.

Пациент _____
подпись _____ Ф.И.О.

Врач, удостоверяющий подпись пациента _____