

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ,

На проведение имплантологических и костных мероприятий.

ООО «Стоматолог» г. Пятигорск

Я _____

Уполномочиваю доктора _____ и/или другого специалиста, который будет работать с ним, выполнять предварительно объясненное мне лечение. Если во время лечения возникнут непредусмотренные обстоятельства, которые повлекут за собой выполнения дополнительных процедур и манипуляций, я уполномочиваю доктора предпринимать все необходимые процедуры и манипуляции для положительных результатов моего лечения.

Мне объяснили, и Я понимаю, что в полости рта могут быть произведены следующие манипуляции: по обезболиванию, снятию мягких и твердых отложений с зубов, резекции и ампутации корня (удаление части или всего корня), гемисекции (удаление части зуба), удаление всего зуба, удаление кисты, либо другого инородного тела (пломбировочный материал, инструмент и др.), либо другие мероприятия, связанные с хирургическим вмешательством в полости рта.

Мне объяснили, и Я понимаю обоснованность сроков хирургического лечения в моем клиническом случае, и что они тесно увязаны со всем комплексом лечебных мероприятий. Я осведомлен о том, что во время проведения лечения могут возникнуть непредвиденные ситуации, в результате которых план лечения может быть изменен (полностью или частично).

Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии и при приеме анальгетиков и антибиотиков.

Мне объяснили, и Я понимаю всю серьезность хирургического вмешательства.

Мне объяснили, и Я понимаю, что отек мягких тканей лица, болезненность, дискомфорт при разговоре и приеме пищи, повышение температуры тела, общая слабость являются естественной ответной реакцией моего организма на проведенную операцию. При благоприятном течении послеоперационного периода каждое из этих проявлений может быть выражено в большей или меньшей степени в течении 1-2 недель.

Мне объяснили, и Я понимаю, что в полости рта будут произведены разрезы десны, на которые впоследствии будут наложены хирургические швы.

Мне объяснили, и Я даю согласие на использование, при необходимости, косно замещающих материалов, в том числе «Аллопланта».

Мне объяснили, и Я понимаю, что положительный исход операции зависит от сохранности швов в течение всего послеоперационного периода и напрямую зависит от моего точного соблюдения рекомендации врача.

Мне объяснили, и Я понимаю необходимость и обоснованность удаления намеченных зубов (зуба). Мне разъяснили, что данные зубы имеют все медицинские основания для их удаления, а также то, что альтернативные методы лечения этих зубов имеют низкую вероятность положительного прогноза.

Мне объяснили, и Я понимаю, что результат операции зависит от моего исходного состояния здоровья. При проявлении симптомов переутомления, простуды, гриппа, обострении хронического заболевания (если такое имеется) перед операцией Я должен незамедлительно сообщить об этом доктору.

Мне объяснили, и Я понимаю, что результат операции во многом определяется стабильностью состояния моего здоровья, которое подвержено изменению вследствие переутомления, стрессов, физических нагрузок, резкой смене характера питания, переездов и других внешних воздействий. Поэтому Я обязуюсь придерживаться в послеоперационном периоде рекомендаций доктора, выполнять все его назначения и соблюдать предписанный доктором образ жизни, чтобы избежать негативных влияний на мое здоровье и, тем самым, на результат операции.

Я понимаю, что курение, алкоголь, неправильная диета и такие привычки, как скрежетание, сжимание зубов, нажимание языком на кость и зашивающую десну могут уменьшить процент успеха заживления послеоперационной раны.

Мне объяснили, и Я понимаю, что даже при самых благоприятных условиях проведения операции существует определенный риск осложнений.

Я должен безотлагательно сообщить доктору о любых беспокоящих и тревожащих меня проявлениях и ощущениях, чтобы максимально рано обнаружить какие-либо осложнения и провести соответствующие лечебные мероприятия.

Я понимаю, что поддержание качественного уровня гигиены полости рта позволит длительно сохранить достигнутые результаты лечения.

Мне были объяснены возможные исходы, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задать все интересующие мне вопросы.

Я даю согласие на фотографическую съемку. Я понимаю, что она может быть использована для ведения документации и для иллюстрации моего лечения.

Я действительно прочел и полностью понял содержание данного Соглашения. Мне были даны объяснения на все интересующие меня вопросы. Все необходимые бланки были мною заполнены на русском языке (я читаю и пишу по-русски).

«___» _____ 201_ г

Подпись _____ / _____ /