

**Приложение к Договору возмездного оказания**

**медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_**

**от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.**

**Информированное добровольное согласие**

**на проведение медицинского вмешательства: дентальная имплантация, костная пластика, синус лифтинг(открытый, закрытый), протезирование на имплантатах.**

*(основание ст. 20-23 Ф.З. Об основах охраны здоровья граждан в Р.Ф.)*

1. Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ настоящим подтверждаю, что согласно моей воле, в доступной для меня форме, проинформирован(-а) о состоянии моего здоровья, а именно о ниже следующем:

1.1. О наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

1.2. О результатах лечения и обследований, проведенных до настоящего момента.

1.3. О прогнозе и методах дальнейшего лечения, о необходимости и целесообразности применения в дальнейшем тех или иных лекарственных средств.

1.4. Обо всех вариантах медицинского вмешательства, альтернативных видах и методах лечения. О том, что имплантация как метод подготовки полости рта к протезированию позволяет применить несъемные протезы на имплантатах, вместо показанных при имеющейся клинической картине съемных, мостовидных, бюгельных протезов. Безальтернативным это вмешательство не является.

1.5. О целях и формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах медицинского вмешательства, о наличии показаний к проведению мне видов и методов лечения. О режимах моего поведения до, и после лечения, об этапах лечения и о возникновении дополнительных вмешательств на том или ином этапе лечения, о действии применяемых медикаментов, об ожидаемых результатах по каждому возможному варианту медицинского вмешательства.

2. Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мной вопросы, подтверждаю, что мне понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с развитием этого заболевания:

2.1. Добровольно в соответствии со ст.22-23 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан даю свое согласие на проведение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я доверяю врачу стоматологу-хирургу «СК «Кристалл-Дент Нео» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ провести вышеобозначенную операцию

**3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути имплантации:**

3.1. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения, вследствие обстоятельств или проявления противопоказаний для оперативного вмешательства.

3.2. Индивидуальный рекомендованный план лечения, его длительность и многоэтапность.

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

3.4. Возможные альтернативные варианты лечения.

3.5. возможные негативные последствия отказа от рекомендованного плана лечения, или частичного его выполнения, а именно;

- атрофия костной ткани, подвижность зубов (рядом с отсутствующем зубом), что может привести к необходимости их удаления;

- перегрузка зубов и ее последствия;

- патология височно-нижнечелюстного сустава;

- головные боли, иррадиирущие боли в шею и в мышцы лица, утомляемость жевательных мышц, вследствие нарушений прикуса.

3.6. возможные последствия под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте введения анестетика, аллергические реакции.

3.7. Возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков ( при их назначении), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

**4. Я предупрежден, что** операция зубной имплантации может осложниться кровотечением из раны, воспалением (мукозит, периимплантит), нарушением чувствительности мягких тканей полости рта и лица, что потребует дальнейшего дополнительного лечения.

4.1. Операция имплантации на верхней челюсти может осложниться перфорацией верхнечелюстной пазухи, полости носа, в жевательном отделе нижней челюсти – повреждением нижнего альвеолярного нерва, что может привести к «онемению» (нарушению чувствительности) нижней губы, нижней челюсти и потребовать дополнительного лечения.

4.2. После операции имплантации могут быть болевые ощущения в челюсти, припухание мягких тканей, ограничение открывания рта, в области углов рта могут быть трещины. В некоторых случаях это потребует соблюдение домашнего режима, и обязательных выполнений рекомендаций врача.

4.3. Использование биопластических материалов при зубной имплантации может закончится не приживлением их, в связи, с чем потребуется дополнительное лечение, в том числе хирургическое.

4.4. После проведения хирургического этапа имплантации последует ортопедический этап (установка коронки или протеза – по ситуации и в соответствии с дополнительным планом), который в моих интересах желательно осуществлять у врача стоматолога ортопеда данной клиники.

**5. Я обязуюсь** выполнять все рекомендации врача до, и после операции:

5.1 Принимать назначенные лекарственные средства.

5.2. Не водить машину после операции, не проводить работу связанную с физическими нагрузками в течение срока определенного врачом.

5.3. Не принимать алкоголя и наркотических средств.

5.4. Соблюдать гигиену полости рта, а так же являться на услуги мне рекомендованные (профилактический осмотр, профессиональную чистку зубов и т.д.) в сроки установленные врачом

5.5. Я предупрежден, что курение может осложнить заживление операционной раны и приживление имплантата.

**6. Мне объяснена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно:**

ООО «Стоматологическая Клиника «Кристалл-Дент нео » гарантирует предоставление медицинской услуги в соответствии с юридическими, профессиональными и морально-этическими нормами:

- обследование и учет общего состояния здоровья пациента до имплантации с целью выявления возможных противопоказаний к установке имплантатов;

- использование сертифицированных титановых имплантатов ведущих зарубежных фирм;

- максимальную комфортность и безболезненность установки имплантата;

- врачебный контроль за процессом прижевления имплантата.

**7. Мне названы и со мной согласованы:**

7.1. Количество имплантатов, технологии (методы) и биоматериалы, которые будут использованы в процессе лечения.

7.2. Сроки проведения лечения

7.3.Стоимость отдельных процедур и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые могут возникнуть в ходе операции. Врач предупредит меня и обоснует это.

**8. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования:**

8.1. Получение компьютерной томографии, ортопантомограммы, прицельного снимка.

8.2. Консультации стоматологов иного профиля

8.3. Консультации у врачей общемедицинского профиля

**9. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною индивидуального плана мероприятий, рекомендованных врачом.**

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма.

**10. Я также даю согласие на обработку и передачу моих персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1.,3. Ст. 3., ст.11 Федерального закона №152-ФЗ «о персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.**

**Меня уведомили, что клиника и ее персонал не несет ответственности за качество предоставляемых услуг в следующих случаях:**

1. Предоставление услуг по требованию пациента, расходящихся с предложенным врачом планом лечения, о чем делается соответствующая запись в истории болезни.
2. Возникновение аллергических реакций у пациента, не отмечавшихся ранее.
3. Осложнения, возникающие по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций.
4. Переделка и коррекция работ в другом лечебном заведении.
5. Ремонт, порча и коррекция работ самим пациентом.
6. Неудовлетворительное состояние гигиены полости рта.
7. Осложнения, возникшие в зубах, лечение которых проводилось в других клиниках.

**Я получил(-а) полную информацию о состоянии моего лечения, согласен(-а) с тем что в процессе моего лечения могут быть изменения в стоимости, связанные с особенностью проведения моей операции.**

**Я удостоверяю, что текст данного информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение каждого данного документа. Мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы. Полученные разъяснения(ответы) понятны и удовлетворяют меня. У меня не осталось не выясненных вопросов к врачу.**

**Настоящий документ является приложением к договору возмездного оказания медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г., неотъемлемой частью медицинской карты.**

**Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.**

**Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О.**

**Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**