

## Информированное согласие

### **на имплантацию зубов**

1. Я был(а) проинформирован, и Я понимаю цель и суть хирургической процедуры для установки имплантата. Я понимаю, что необходимо выполнить установку имплантата под десну или в кость.

Мой доктор тщательно обследовал мой рот. Мне объяснили альтернативные методы лечения. Я пробовал(а) или рассматривал(а) эти методы, но Я предпочитаю имплантаты для восстановления отсутствующих зубов.

Я был(а) предупреждён(а) о возможном риске или осложнениях операции, лекарств и анестезии. Эти осложнения: боль, отёк, инфекция и изменение цвета. Могут появиться онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов. Точная продолжительность лечения не может быть определена или может измениться. Также возможно воспаление вен, повреждение имеющихся зубов, перелом кости, пенетрация пазухи, отсроченное заживление, аллергические реакции на используемые лекарства.

Я понимаю, что если ничего не предпринимать, может случиться следующее: заболевание кости, атрофия костной ткани, воспаление десны, подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления. Также возможно возникновение патологии височно-нижнечелюстного сустава, головной боли, иррадиирующей боли в шею сзади и в мышцы лица, утомляемости жевательных мышц.

Мой доктор объяснил мне, что не существует способа точно предсказать заживляющих способностей десны и костной ткани после проведения операции.

Мне объяснили, что в определенных случаях имплантаты не приживаются и требуют удаления.

Я понимаю, что курение, приём алкоголя, употребление сахара могут повлиять на заживление десны и снижают успех лечения. Я согласен(сна) следовать инструкциям моего врача по уходу за полостью рта. Я согласен(сна) регулярно посещать моего доктора в зависимости от его указаний.

Я согласен(сна) на тип анестезии по выбору моего доктора. Я согласен(сна) не управлять автомобилем или работать с другими опасными аппаратами, по меньшей мере, ближайшие 24 часа после операции, до полного

восстановления моего состояния после использования лекарственных средств.

Я сообщил(а) точные данные о своём физическом и душевном здоровье. Кроме того, я сообщил(а) о всех имевших место аллергических или необычных реакциях на препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль, болезнях крови, реакциях десны и кожи, кровотечениях или других состояниях, касающихся моего здоровья.

Я согласен(сна) на использование моих фотографий и киносъемки, рентгеновских снимков моим лечащим врачом по его усмотрению без указания моего имени и фамилии.

Я прошу предоставить и подтверждаю разрешение на предоставление мне медицинских стоматологических услуг, включая установку имплантатов и другие операции. Я полностью понимаю, что во время и после процедуры, операции и лечения, состояние может измениться, 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.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты. На указанных условия и в соответствующем им порядке, я подтверждаю свое согласие на проведение консультации в ООО «Виктория Дент».

---

(подпись пациента)