**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ**

**Центр Стоматологии «Формула Улыбки»**

153000, Россия, Ивановская обл., Иваново, ул. Степанова, д.15

ИНН 3702746733, КПП 370201001, ОГРН 1143702030174

Лицензия № ЛО-37-01-001377 от 30.07.2019 года.

**Информированное добровольное согласие на проведение имплантологического лечения**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,настоящим подтверждаю, что в соответствиисо статьей 20 Закона Российской Федерацииот 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящемлечениии согласен(а) на проведение имплантологического лечения.

Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

Я проинформирован(а) о:

- цели и сути предстоящей мне имплантологической манипуляции;

- возможных альтернативных вариантах лечения;

- необходимых подготовительных мероприятиях перед началом лечения;

- возможных рисках и осложнениях в ходе лечения;

- видах восстановления протезированием;

- стоимости, продолжительности и прогнозе лечения.

Я подтверждаю, что врач стоматолог – хирург ознакомил (а) меня с основными, наиболее рациональными планами проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения.

Меня информировали о преимуществах предложенной мне тактики лечения и о возможных альтернативных методах лечения, в том числе восстановление отсутствующего зуба с помощью съёмных и несъёмных конструкций, которые в моем случае будут эффективны в иной степени. Я выбираю метод дентальной имплантации.

Я ознакомлен (а) с подготовительными мероприятиями, которые необходимо провести перед началом имплантологического лечения.

Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость осуществления комплексного стоматологического лечения.

Я согласен (а) с планомимплантации и понимаю, что он не исключает возможности появления дополнений и изменений, которые могут возникнуть в ходе операции или во время лечения, такие как: операция под седацией, добавление искусственной кости и т.д. и готов (а) полностью их оплатить. Я оставляю за врачом право на выбор типа необходимого (ых) импланта (ов).

Врач стоматолог – хирург понятно объяснил мне необходимость строгого следования этапам лечения, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу для уменьшения вероятности возможных осложнений.

Я понимаю, что хотя предложенный вид лечения поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, оно является своего рода вмешательством в мой организм, и, как любая медицинская манипуляция ,не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов.

Я осведомлен(а) о возможных рисках и осложнениях, связанных с имплантацией, аугментацией кости, обезболиванием и приемом медикаментов. Это могут быть: боль, отек, гематомы, кровотечение, в послеоперационных период – инфицирование. Длительность онемения языка, щек и губ, являясь обратимым состоянием, не имеет четких временных рамок, при этом ожидаемы следующие состояния: воспаление десен, механические дефекты твёрдых тканей соседних зубов, задержка заживления, аллергические реакции на используемые медикаменты и т.д. Я понимаю, что медицинский персонал делает все возможное для профилактики подобных осложнений.

Я осознаю, что в случае отказа от предложенного имплантологического лечения могут развиться следующие состояния: дистрофия и потеря костной ткани, воспаление тканей периодонта, инфицирование, чувствительность, потеря зубов, следствием чего может стать их последующее удаление. Могут появиться расстройства височно-нижнечелюстных суставов, головные боли, отражение боли в задней части шеи и лицевых мышц, усталость мышц при жевании.

Врач стоматолог – хирург объяснил мне, что нет возможности точно прогнозировать, как пройдет заживление мягких тканей и кости каждого пациента, перенесшего имплантацию.

Я проинформирован (а), что случаются отторжения имплантов и искусственной костной ткани. Я понимаю, что в случае отторжения импланта, его необходимоудалить, а в случае отторжения внесенного объёма костной ткани или ее резорбции, возможно, будет необходима дополнительная порция костной ткани.

Я понимаю, необходимость постоянного лечения в одном медицинском учреждении, важность взаимодействия между врачом стоматологом – хирургом и лечащим врачом – стоматологом.

Мне понятно, что ни врач стоматолог-хирург, ни лечащий врач-стоматолог не будут нести никакой ответственности за результаты лечения на его этапах до завершения, если я обращусь по собственной инициативе и/или без ведома вышеуказанных специалистов в другую клинику (к другим врачам).

Я понимаю, что чрезмерное курение, употребление алкоголя и сахара может отрицательно повлиять на заживление и снизить уровень успеха операции.

Я поставлен(а) в известность о том, что в связи с определенной степенью риска возникновения осложнений в ходе лечения, а также рецидива по причинам, не зависящим от лечащего врача, установление четкихгарантийных сроков по данному виду работ затруднено.

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

На все заданные вопросы я получил (а) понятные мне исчерпывающие ответы.

Со своей стороны, я высказал (а) все жалобы, предоставил (а),в меру своей осведомленности, информацию об индивидуальных особенностях и реакциях организма, наличиев анамнезе и по факту заболеваний, которые могут оказывать влияние на планирование и ход предложенного лечения или служить противопоказанием к его проведению.

Я согласен (а) на проведения выбранного лечащим врачом метода анестезии и анестезирующего препарата.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия.

Будучи информированным (ой) и предупрежденным (ой) обо всем вышеизложенном, я полностью сознаю, что предлагаемое медицинское вмешательство показано мне по состоянию моего здоровья. В связи с этим я осознанно и добровольно ДАЮ СОГЛАСИЕ на проведение имплантологического лечения.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства. я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объёме, который определит лечащий врач.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

Я согласен(на), что все посещения врача для проведения указанного в настоящем согласии медицинского вмешательства, регулируются настоящим документом, начиная с момента его подписания мной, и получения от меня дополнительного согласия при каждом посещении врача не требуется.

Я **принимаю решение о лечении** на предложенных мне условиях.

Подпись пациента............................................................ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись врача.................................................................. /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.