

ООО «ЮВИ Клиника»
ОГРН 1225900002811 ИНН 5902062526
КПП 590201001 614000, г. Пермь,
ул. Екатерининская, д. 55Б
Тел. + 7 (342) 2 – 919 – 414
Почта: info@uviclinic.ru



ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА Установка зубных имплантов

Я, гр.

«Пациент»,

(ФИО полностью)

либо Законный представитель пациента

(ФИО полностью ребенка)

в соответствии с требованиями статьи 20 ФЗ от 21.01.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проинформирован(а) о планируемом лечении с использованием дентальных имплантов и сопровождающимися с ним манипуляциями (удаление, пломбирование каналов, коррективы), осуществляемое врачом – стоматологом:

Медицинского центра «ЮВИ Клиника». Я понимаю цель и суть хирургической процедуры. Меня поставили в известность, что имплант устанавливается в костную ткань.

Врач тщательно обследовал ротовую полость. Меня проинформировали про альтернативные методы лечения. Я рассмотрел(а) эти методы, понял(а) их суть, но отдаю предпочтение имплантации для возобновления отсутствующих зубов.

Я был(а) предупрежден(а) про возможный риск и возможные осложнения, которые возникают во время и после операции и анестезии, а также в результате приема лекарственных препаратов. Гематома, онемение губы, подбородка, щеки или зубов. Точная продолжительность побочных эффектов и неожиданных обстоятельств во время и после лечения не может быть определена. Также возможно повреждение существующих зубов, перелом кости, перфорация пазухи, отсроченное заживление, аллергические реакции на используемые лекарства и т.д.

Врач объяснил мне, что не существует способа прогнозирования заживающих способностей десен и костной ткани после проведения операции, что в некоторых случаях импланты не интегрируют и требуют извлечения.

Я понимаю, что курение может повлиять на заживление десен и снижает успех проводимого лечения.

Я согласен(а) выполнять инструкции моего врача по уходу за полостью рта в послеоперационный период и на протяжении всего времени пока импланты будут находиться в полости рта (регулярно очищать полость рта). Меня до операции ознакомили с рекомендациями, которые необходимо соблюдать после установки имплантов.

Я согласен(а) приходить на периодический осмотр для контроля состояния имплантов и десен (первый осмотр приблизительно через 3 месяца, затем приходить на регулярный осмотр каждые 6-9 месяцев). Также я понимаю, что в течении жизни понадобится коррективная протеза (пришлифовывание, наращивание) и что эти мероприятия – не результат плохой работы доктора. Я согласен(а), что такая коррективная будет осуществляться. Я также знаю, что ортопедическую конструкцию через годы, возможно, понадобится изменить/обновить.

Я соглашаюсь на выбор моего врача типа применяемой мне анестезии. Я согласен(а) не водить автомобиль и не работать с опасными аппаратами по крайней мере в ближайшие 24 часа после операции до полного восстановления моего состояния после использования лекарственных средств.

Я сообщил(а) точные данные про свое психическое и физическое здоровье, а также про все аллергические реакции и другие заболевания.

Я согласен(а) на использование моих фотографий (без лица), данных обследования и рентгеновских снимков в научных и учебных целях.

Я понимаю необходимость обязательного применения ортопедической конструкции, установленной на верхней/нижней челюсти справа/слева для контроля состояния имплантов и десен.

Я знаю, что в случае неудачной имплантации на каждом из этапов (хирургическом или ортопедическом) клиника берет на себя обязанности повторной установки имплантов, либо их удаления. Я понимаю, что если пациент приходит на контроль в оговоренные каждые 4-6 месяцев (снова и снова), дается полная гарантия в течение 2 лет с момента начала лечения. Эта гарантия включает установку новых

имплантов и нового протеза бесплатно в нашей клинике. Расходы на проезд, проживание, лечение, проводимое в других клиниках, не компенсируются.

Гарантия заканчивается сразу же, если лечение (за исключением чрезвычайных процедур) проводится повторно в других клиниках.

Меня проинформировали, что после удаления зубов и немедленной установки имплантов, нельзя оценить окончательную линию десны, т.е. десна и кость уменьшатся в объеме в конце процесса ремоделирования кости. В результате проседания десны могут появиться промежутки между мостом и десной и необходимость в повторном протезировании. Данные услуги не входят в стоимость оговоренного изначально плана лечения. Меня проинформировали, что альтернативным видом лечения, является установка двухэтапных имплантов с/без проведением/я аргументации кости.

Меня проинформировали, что фирма - изготовитель даст гарантию качества установленных мне имплантов.

Я полностью понимаю, что во время лечения мое состояние может измениться, что несет за собой изменения плана лечения и его стоимости. Я разрешаю любые изменения, если они сделаны мне во благо.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он имеет юридическую силу, несет для меня правовые последствия и я даю согласие на проведение операции.

Данный документ является неотъемлемой частью истории болезни. Я знаю и согласен(а), что я должен(а) немедленно сообщать в клинику о всех случаях дискомфорта (боль, воспаление, отек, неправильный прикус, преждевременные контакты, подвижный или частично подвижный протез, дефекты или экстракции на не леченной челюсти (если применимо)). Я знаю, что задержка в предоставлении этих сведений может привести к снижению сроков гарантии и увеличить объем работ по восстановлению оптимального результата. Я знаю, что могу сообщить об этих событиях по электронной почте, через сайт клиники или по телефону. Я получил(а) «Инструкцию и рекомендации после хирургического вмешательства и/или установки имплантов».

Я разрешаю передать информацию о моем нахождении на лечении и состоянии моего здоровья следующим лицам:

Я также даю согласие на обработку и передачу персональных данных, в объеме и способами, указанными в п.1, 3. ст., ст. 11 Федерального закона «152-ФЗ «О персональных данных», для целей оказания мне медицинских услуг.

(ФИО полностью пациента или законного представителя)

(Подпись)

(ФИО врача)

(Подпись)

Дата: « ___ » _____ 20 ___ г.

Примечание: при приеме лиц до **18 лет** (детей) обязательно подписывается родителем или иным законным представителем.