



центр диагностики и лечения

АКАДЕМИЯ VIP

ООО «Академия-ВИП Стоматология» 603000, г. Нижний Новгород, ул. Студеная, д. 57 тел./факс +7 (831) 439-77-77, +7 (831) 270-00-00, ИНН 5260131438, КПП 526001001, 603000, г. Нижний Новгород, ул. Студеная, д.57 р/с 40702810442050004569 в Волго-Вятском банке ПАО Сбербанк г. Н. Новгород, к/с 30101810900000000603, БИК 042202603 E-mail: info@academy-vip.com, сайт: www.academy-vip.com

Утверждено приказом Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Лицензия № Л041-011-64-52/00575019 от 24.04.2014

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство/диагностику/лечение
в ООО «Академия VIP стоматология»**

Имплантологическое лечение

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я,

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"__" _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий _____ по _____ адресу:

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в _____ отношении (если ребенок - вписывает ребенок)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"__" _____ г. рождения, проживающего по адресу:

_____ (дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача в ООО «Академия ВИП стоматология».

Медицинским работником

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Медицинским работником

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Медицинским работником

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Медицинским работником

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

2. Мне, в доступной для меня форме, разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ним риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнения, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я получил от моего лечащего врача всю интересующую меня информацию о предполагаемом лечении. Я понимаю, что в ряде случаев для установки дентальных имплантатов необходимо предварительное или одномоментное с имплантацией восстановление костной ткани (костная пластика, синус лифтинг), которое также является хирургической операцией и может иметь различные осложнения.

Мой врач внимательно меня осмотрел и разъяснил преимущества и сложности этого, так и других методов лечения, но Я предпочитаю введение имплантата, чтобы восстановить отсутствующие у меня зубы.

Мне понятно, что имплантат должен быть введен хирургическим методом в кость. Я был предварительно проинформирован о возможности осложнений при любых хирургических операциях в полости рта, проведение анестезии, при приеме лекарств. Может возникнуть онемение языка, губ, подбородка, зубов и это онемение может остаться навсегда. Я понимаю, что как в период «приживления» имплантатов, так и в период после протезирования имлантатов, возможны воспалительные явления придаточных пазух носа, слизистой оболочки полости рта и костной ткани, что может привести к разрушению и резорбции кости, функциональным и эстетическим нарушениям тканей полости рта и протезов на имплантах, а также к отторжению или необходимости удаления имплантатов.

Если необходимо введение имплантатов в передний участок верхней челюсти, то не исключено повреждение дна полости носа, носовой перегородки или перфорации верхнечелюстной пазухи, что потребует другого хирургического вмешательства. Помимо этого, возможны аллергические реакции на медикаменты и другие неожиданные последствия и осложнения. Не исключено длительное заживление.

Мой врач разъяснил мне, что невозможно точно предсказать способности к заживлению у каждого пациента, подвергающегося имплантации.

Я понял, что бывают случаи неудач, когда имплант приходится удалять в связи с развившимися осложнениями. Я понимаю, что стоматологическая практика - это не точная наука, поэтому невозможно предугадать точный результат операции или лечения, и я не получил никаких гарантий относительно ожидаемых результатов лечения (имплантации протезирования на имплантах).

Я понимаю, что плохая гигиена полости рта, невыполнение назначений и рекомендаций врача, курение или прием алкоголя могут неблагоприятно повлиять на процесс заживления и уменьшить вероятность успеха лечения. Я согласен регулярно, посещать моего врача для осмотра и профилактических процедур. Я согласен на необходимое рентгеновское исследование, необходимое как до, так и после операции для полного лечения, а также на выполнение фотографий.

Я понимаю, что перенесенные воспалительные, инфекционные и другие общесоматические заболевания в период приживления и функции имплантатов могут неблагоприятно повлиять на исход лечения и протезирования, поэтому обязуюсь правдиво информировать врача о состоянии моего здоровья.

Я согласен на проведение метода анестезии, выбранного моим лечащим врачом.

Я обещаю не управлять транспортным средством и не совершать опасных действий в течение 24 часов или более (пока не закончится действие полученных мною во время операции лекарств)

Я одобряю рекомендуемое мне лечение (включая введение имплантов и другие хирургические вмешательства, которые могут потребоваться)

Я полностью осознал, что во время лечения или операции ситуация может измениться, что потребует от врачей дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата.

Преимущества предлагаемого лечения значительно перевешивают возможные осложнения.

Я проинформирован о необходимости тщательного соблюдения гигиены полости рта, а также необходимости посещать стоматолога с целью проведения профессиональной гигиены полости рта не реже чем один раз в шесть месяцев.

Мне разъяснены возможные осложнения под влиянием анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.

Мне разъяснены возможные последствия приема анальгетиков и антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

3. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях.

4. Мне названы и со мной согласованы:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- сроки проведения лечения;
- стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть. Врач предупредит меня об изменении стоимости и обоснует это.

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования (нужное дописать, ненужное вычеркнуть):

- получение ортопантоммограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка;
- консультация стоматолога (ов) иного профиля: _____

- консультация у врача (ей) общего медицинского профиля: _____

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

- Я ознакомлен(а) с распорядком работы и правилами получения медицинской помощи в ООО «Академия VIP стоматология» и обязуюсь их соблюдать;

- Я информирован (а) в доступной форме о целях, методах, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (лицу мной предоставленному) делать во время их проведения. Я информирован (а) о возможных вариантах лечения, рисках и возможных осложнениях;

- Я извещен (-а) о том, что мне необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшения самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (а) и осознаю, что отказ от лечения, не соблюдения лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение смогут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

- Я поставил (-а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Информирован (-а) о том, что медицинская помощь оказывается в соответствии с Порядками, стандартами и клиническими рекомендациями, но иногда, в зависимости от индивидуальной клинической ситуации, пояснённой мне врачом в доступной форме, её объём может быть изменен в большую или меньшую сторону. Сроки оказания медицинской помощи зависят от клинической ситуации.

Я ознакомлен (-а) и согласен (-а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5](#) части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах

охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Срок предоставления медицинской помощи определяется по согласованию с врачом в зависимости от клинической ситуации.

(подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

Расписался в моем присутствии:

Администратор или Медицинский работник _____

подпись _____

"__" _____ г.

(дата оформления)