Приложение 9
к Договору на оказание
платных медицинских услуг
редакция от 01.11.2024

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на медицинское вмешательство - проведение комплексного лечения с использованием стоматологических имплантатов и костно-пластических операций в ООО «Аль Денте»

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____(ФИО пациента либо законного представителя), **соглашаюсь** с тем, что медицинское вмешательство пациенту _____(ФИО пациента, которого я представляю в силу закона)

будет проводить врач стоматолог – хирург, к.м.н. Корочкина Светлана Леонидовна

Я, как Пациент (Заказчик/Законный представитель Пациента) обращаюсь в ООО «Аль Денте» для проведения операции стоматологической имплантации внутрикостных стоматологических имплантатов, костно-пластической, костно-реконструктивной операции.

Я информирован(а), что операция будет проводиться под местным обезболиванием и премедикацией. Во время операции в костную ткань альвеолярного отростка челюсти мне будут внедрены титановые конструкции (имплантаты), а при костнопластической, костно-реконструктивной операции – костный материал искусственного или натурального характера. Операция будет проведена по утвержденной методике, с использованием сертифицированных стоматологических имплантатов, костнопластических материалов в условиях поликлинической операционной.

Мне известны имеющиеся у меня заболевания полости рта, дефекты моего зубного ряда, а также заболевания других органов и систем моего организма. Мне объяснили возможность протезирования с применением имплантатов, а также другие альтернативные способы протезирования без применения имплантатов.

Мне известно, что зубной имплантат представляет собой конструкцию, изготовленную из металла (титан), которую вживляют в костную ткань челюсти. Имплантат предназначен для замещения зубов, а также в качестве дополнительной опоры для съемных протезов с целью восстановления жевательной функции и эстетики. Мне разъяснено, что при малом объеме костной ткани имплантат не может быть установлен, и для создания необходимого количества кости требуется дополнительные костнопластические и костно-реконструктивные оперативные вмешательства. В этом случае операция по установке стоматологического имплантата может быть проведена не ранее 6-8 месяцев от момента проведения этих операции. Меня предупредили, что количество и качество вновь образованной костной ткани после костнопластических и костно-реконструктивных оперативных вмешательств сугубо индивидуально и зависит от особенностей (потенциальных возможностей роста костного регенерата – новой кости) моего организма.

Я информирован (а), что во время операции врач может изменить ее план в зависимости от фактического состояния (качества и объема) костной ткани. Я информирован (а), что имплантаты и костнопластический материал в послеоперационном периоде могут вызывать реакцию отторжения, что приведет к их удалению. Мне известно, что после протезирования, возможно, будет видна шейка имплантата в виде полоски блестящего металла. Меня предупредили, что зубные протезы, изготовленные с применением имплантатов, не могут точно повторять анатомическую форму и положение ранее удаленных зубов.

Мне известно, что средний срок службы имплантатов в зависимости от общего состояния здоровья, качества гигиенического ухода составляет в среднем 10-15 лет. Мне известно, что комплексное лечение с использованием имплантатов состоит из этапов: - клиническое обследование, подготовка полости рта – санация (терапевтическая, хирургическая), лечение тканей пародонта, хирургическая операция (вживление металлической конструкции в костную ткань челюсти, - костнопластическая и костнореконструктивная операция), процесс укрепления (интеграции имплантата) – от 3 до 6 месяцев, протезирование зубопротезной конструкцией с опорой на имплантаты, обязательное ежегодное профилактическое обследование у имплантолога с контрольным рентгенологическим обследованием, обязательная, не реже 2 раз в год, профессиональная гигиена полости рта (снятие зубных отложений) на весь срок функционирования дентальных имплантатов.

Меня предупредили об обязательном и своевременном прохождении всех этапов и о том, что нарушение этого порядка может повлечь за собой отрицательный результат лечения. Мне известно, что заболевания тканей пародонта является относительным противопоказанием к имплантации и сокращает срок службы имплантата. Мне известно, что низкий уровень гигиены полости рта, наличие такого заболевания как бруксизм, лучевая терапия, химиотерапия, состояние беременности, а также вредные привычки (алкоголизм, курение) резко повышают риск неудачи имплантации.

Я проинформирован(а) о дальнейших манипуляциях в соответствии с планом ортопедического лечения, а также о примерной стоимости планируемого лечения на всех его этапах.

Мне известно, что при любом хирургическом вмешательстве неизбежно происходит причинение вынужденного вреда организму для предотвращения вреда от основного заболевания, а также причинение некоторых нравственных и физических страданий. Меня предупредили, что в силу индивидуальных биологических особенностей человеческого организма существует определенный риск и возможность непредвиденных осложнений.

Осложнения предполагают, но не ограничиваются следующим:- лицевая и челюстная припухлость, возникновение гематомы и изменение цвета кожного покрова в области челюстей, глаз, носа, длящееся обычно несколько дней, болевые

ощущения, которые могут сохраняться до нескольких недель, некоторая потеря чувствительности или ощущение онемения в области подбородка, губ, десен, языка, зубов, которые могут продлиться от нескольких дней до нескольких месяцев. В редких случаях нарушение чувствительности или ощущение онемения могут приобрести стойкий характер, кровотечение в момент и после хирургического вмешательства, при обезболивании и в процессе операции при индивидуальных особенностях расположения возможно повреждение нервно- сосудистого пучка на нижней челюсти, что может в послеоперационном периоде проявиться некоторая потеря чувствительности, онемение, аллергическая реакция на медикаменты, обморок, анафилактическая реакция при проведении обезболивания, как и в случае любого хирургического вмешательства, существует опасность постоперационной инфекции.

Меня информировали о том, что операции по установке стоматологических имплантатов, а также костнопластические и костно-реконструктивные оперативные вмешательства заведомо связаны с риском и положительный результат зависит от состояния организма пациента, поэтому клиника не дает 100 % гарантии положительного результата.

Я также ознакомлен(а) с тем, что процент приживаемости имплантатов на современном этапе ориентировочно составляет 95 %, костнопластического материала – 80-85%. Я информирован (а), что при неблагоприятном исходе операции (отторжения или удаления имплантата или костнопластического материала) деньги, уплаченные мною за проведенное лечение и использованные материалы (имплантаты, костнопластические материалы), возврату не подлежат. Я информирован (а) о среднем сроке службы имплантатов и среднестатистическом проценте их приживления, а также о проценте положительных результатов при костнопластических и костно- реконструктивных операциях.

Меня предупредили о том, что в ходе операции возможно выявление анатомических особенностей строения челюсти, в результате чего врач может изменить план операции либо прекратить операцию. Мне известны осложнения, которые могут возникнуть в связи с проведением комплексного протезирования с использованием имплантатов:

- подвижность зубопротезной конструкции с опорой на имплантат, наличие боли, прогрессирующая потеря твердых тканей вокруг имплантата, воспаление (инфекция), кровоточивость, отечность десен вокруг шейки имплантатов, расшатывание имплантата, оголение шейки имплантата, периимплантит, необходимость удаления имплантата.

Меня заранее предупредили, что указанные осложнения невозможно предвидеть и избежать, и клиника не несет ответственности за их наступление. Мне сообщили, что хирургическое вмешательство может повлечь за собой временную нетрудоспособность. Я подтверждаю, что меня ознакомили с инструкциями и медикаментозной терапией, которые необходимо выполнять до и после проведения операции имплантации, а также в течение всего времени пользования имплантатами. В случае несоблюдения инструкций риск возникновения осложнений увеличивается в несколько раз.

Я проинформирован (а), что гарантия на установку имплантата аннулируется в случае, если я в дальнейшем получаю стоматологические услуги в другой клинике (профилактическая гигиена, протезирование на имплантатах).

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования ортопантомограмма, прицельный внутриротовой рентгенологический снимок, компьютерная томограмма.

Я соглашаюсь на анестезию при лечении, выбор метода и препаратов предоставляю лечащему врачу.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесённых заболеваниях, включая хронические и инфекционные, аллергиях и непереносимости препаратов, общем состоянии моего здоровья заполнена мной лично. Я понимаю, что несу ответственность за умышленное сокрытие пли искажение сведений о моём здоровье. Я проинформировал(а) медицинского работника обо всех случаях аллергических реакций, предоставил(а) сведения о состоянии здоровья на момент подписания настоящего согласия и в прошлом, обо всех перенесенных и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о постоянно и периодически принимаемых лекарственных средствах (инъекциях, мазях, назальных/глазных каплях, пищевых добавках), назначенных врачами другого лечебного учреждения пли принимаемых самостоятельно, об употреблении алкоголя, наркотических и иных токсических средств. Мне известно, что не предоставление информации о состоянии здоровья может повлиять на эффективность и результаты медицинского вмешательства, и я предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника Клиники, участие которого в моем лечении будет необходимо. Я даю разрешение проводить рентгенологические исследования («прицельные» снимки радиовизиографом).

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Подпись пациента / ФИО (либо законного представителя): _____ / /

Дата: «____» _____20__г. Врач стоматолог-хирург _____ / Корочкина С.Л /

---------- либо ----------

Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Я отказываюсь от медицинского вмешательства.

Подпись пациента / ФИО (либо законного представителя): _____ / /

Дата: «____» _____20__г. Врач стоматолог-хирург _____ / Корочкина С.Л /