**Информированное согласие на имплантацию**

Я, ………………………………………………………………………………………………………, даю согласие на проведение мне операции стоматологической имплантации внутрикостных (эндооссальных) стоматологических имплантатов. 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). Операция будет проведена по утверждённой методике, с использованием лицензированных стоматологических имплантатов, в условиях поликлинической операционной.

После операции через определённый период времени, необходимый для приживления имплантатов, мне будут изготовлены и установлены зубные протезы. Имплантаты будут выполнять функцию опоры для зубного протеза самостоятельно или в сочетании с собственными зубами.

Я информирован(а), что во время операции врач может изменить её план в зависимости от фактического состояния костной ткани.

Я информирован(а), что имплантаты в послеоперационном периоде могут вызвать реакцию отторжения, что приведёт к их удалению.

Я информирован(а), что в случае отторжения имплантата мне может быть проведена повторная операция (бесплатно). В этом случае я должен(а) буду оплатить только стоимость самих имплантатов для повторной операции.

Я информирован(а) о возможных осложнениях во время и после операции, а также о том, что в послеоперационном периоде мне необходимо принимать лекарственные препараты, прописанные врачом.

Я полностью ознакомлен(а) с тем, с каким риском и осложнениями связано каждое хирургическое вмешательство, анестезия или применение дополнительных медикаментов. Я проинформирован(а) о последующих возможных побочных эффектах, таких как: припухлость, болевые ощущения, возможное инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае несоблюдения предписанных врачом правил гигиены, или общее недомогание, онемение губы, языка, щеки, подбородка или зубов.

Точную продолжительность этих побочных эффектов невозможно предусмотреть и в исключительных случаях они могут быть необратимыми. Я также проинформирован(а) о том, что существует возможность перелома кости, проникновения в верхнечелюстную пазуху или аллергические реакции на медикаменты и анестетики.

Я осознаю, что обязан(а) незамедлительно сообщить моему лечащему врачу обо всех изменениях моего здоровья. Я также ознакомлен(а) с тем, что не все стоматологи могут проводить операции по имплантации или имеют опыт проведения таких операций. Я знаю, что я могу получить помощь и консультацию по вопросам выбора имплантата только у компетентных и дипломированных стоматологов. Я также ознакомлен(а) с тем, что в настоящее время имеющаяся техника имплантации не может дать 100% гарантии успеха, и отказываюсь от предъявления каких-либо претензий к имплантологу и клинике, которые будут использовать все свои знания и опыт для обеспечения успеха имплантации.

Я информирован(а), что при неблагоприятном исходе операции (отторжении или удалении имплантата по другим причинам) деньги, уплаченные мною за проведённое лечение и использованные материалы (имплантаты) возврату не подлежат.

Я информирован(а) о среднем сроке службы имплантатов и среднестатистическом проценте их приживления.

Я полностью информировал(а) врача о наличии у меня аллергических реакций и соматических заболеваний и даю согласие на проведение дополнительного обследования.

Я информирован(а) о том, что ортопедический этап лечения будет проведён в сроки, установленные для каждого типа имплантатов. Эти сроки должны быть полностью соблюдены для максимальной адаптации имплантата в костной ткани. Оплата за ортопедический этап лечения мною будет проведена отдельно по расценкам ортопедического прейскуранта на момент проведения этапа протезирования.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным «Приложением» и понимаю, что последнее является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_