

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (имплантацию зубов)

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 _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
«___» _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны
здоровья граждан в Российской Федерации», даю добровольное согласие на проведение мне/ лицу
законным представителем которого являюсь следующего медицинского вмешательства: на
проведение имплантации зубов в Санкт-Петербургском государственном бюджетном учреждении
здравоохранения «Городская стоматологическая поликлиника №2».

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи,
связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том
числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания
медицинской помощи:

1. Я информирован(а) о цели и сущности хирургического вмешательства, его стоимости и продолжительности. Со мной согласованы технологии, методы и биоматериалы, которые будут использованы при лечении.
2. Я проинформирован(а) врачом об альтернативных методах медицинского вмешательства и выражаю согласие с предложенным планом лечения. Я проинформирован (а), что врач может изменить план и технологию лечения в зависимости от состояния костной ткани.
3. Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга не может быть оказана по программе обязательного медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объеме и на условиях территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС.
4. Я проинформирован(а), что в послеоперационном периоде имплантаты могут вызывать реакцию отторжения, что приведёт к их удалению.
5. Меня проинформировали о возможных последствиях, а именно: аллергические реакции; кровотечение; нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что иногда потребует отказаться от продолжения операции и выполнения её через два месяца; послеоперационные дискомфорт, отёк мягких тканей, болезненность; послеоперационные осложнения: инфицирование раны и верхнечелюстной пазухи, кровотечение из раны в полости рта или из носа, гематома мягких тканей (синяки), временное или постоянное онемение дёсен, зубов верхней челюсти и нёба в области вмешательства, утрата костного материала, экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления, формирование соустья между пазухой и полостью рта, отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем, усугубление патологии ВНЧС при её наличии.
6. Я информирован(а) о том, что курение, потребление алкоголя могут отразиться на заживлении дёсен и успешности имплантации. Я информирован(а) о необходимости следовать инструкциям лечащего врача по домашнему уходу за послеоперационной областью, имплантатами. Я

