



iStomatolog

ТОВ «Стоматологічна клініка «Айстоматолог»

Ліцензія МОЗ України №331 від 24.02.2021

ЄДРПОУ 44145079; р/р UA 16305299000026006016711357 в АТ КБ «ПРИВАТБАНК»

Київ, вулиця Краківська, 11, тел. (067) 502-8-999; (093) 502-8-999

Інформована згода на здійснення медичного втручання

Я _____

цим документом підтверджую факт надання згоди на медичне втручання -
проведення операції імплантації з метою відновлення дефектів зубних рядів

1. Своїм підписом я підтверджую, що мені у зрозумілому вигляді була надана повна інформація стосовно стану мого здоров'я, поставленого діагнозу, найефективніших методів лікування, можливого прогнозу, ризиків та ускладнень при проведенні лікування. Мені у здоровому вигляді була надана повна інформація про метод стоматологічної імплантації і я розумію мету і суть хірургічної процедури встановлення імплантата та її лікувальний ефект.

2. В мене немає недовіри чи сумнівів щодо кваліфікації та намірів лікаря, який буде проводити втручання та інших медичних працівників Центру стоматологічної імплантації та протезування, «_____».

3. Я надав(ла) моєму лікареві всю необхідну інформацію про себе та всі необхідні результати лабораторних аналізів, а також методів функціонального дослідження і сповістив(ла) про всі наявні алергічні реакції на препарати, їжу, укуси комах, анестетики, хвороби крові, реакції ясен та шкіри, кровотечі та інші стани.

4. Після проведеного обстеження та встановлення діагнозу мені розповіли про альтернативні методи лікування, але я надаю перевагу імплантації для відновлення наявних дефектів зубних рядів.

5. Я розумію, що якщо не проводити лікування, в результаті може настати: атрофія кісткової тканини, запалення ясен, посилення рухомості зубів, що може призвести до необхідності їх видалення. Також можливе виникнення патології скроневопідщелепного суглобу і, як наслідок, головного болю з іррадіацією в шию і м'язи обличчя, втомлюваність жувальних м'язів.

6. Я розумію, що під час і після процедури, операції та лікування, стан твердих та м'яких тканин порожнини рота, а також тканин навколо зубів чи імплантатів може змінюватись, тоді, на розсуд лікаря, для досягнення ефективного результату, може бути назначена додаткова чи альтернативна терапія.

7. У випадку виникнення непередбачуваних ситуацій чи ускладнень під час втручання, я заздалегідь даю згоду на застосування всіх необхідних та можливих заходів для їх усунення. У цьому я повністю покладаюсь на кваліфікацію та сумлінність медичних працівників Клініки.

8. Я згоден(на) на вид анестезії за вибором мого лікаря (аплікаційна, інфільтраційна, провідникова чи потенційоване знеболювання).

9. Я попереджений(на) про можливі ускладнення, пов'язані як з проведенням самої операції, так і з проведенням анестезії та вживанням ліків, а саме: біль, набряк, зміна кольору слизової і шкіри обличчя в ділянці операції, заніміння зубів, губи, язика, підборіддя, щоки, попадання в – верхньощелепну пазуху або нижньощелепний канал, довготривале загоєння, алергічні реакції та ін.

10. Я попереджений(на) що паління, вживання алкоголю, цукру можуть негативно вплинути на процес приживлення імплантата і знизити ефект лікування. Я зобов'язуюсь дотримуватись всіх настанов мого лікаря по догляду за порожниною рота; виконувати всі медикаментозні призначення; не керувати автомобілем та не працювати з іншими небезпечними апаратами протягом 24 годин після операції, до повного відновлення нормального самопочуття, після використання лікарських препаратів; з'являться на післяопераційні огляди (перша, третя, сьома, десята доба, а при необхідності частіше); регулярно відвідувати лікаря (перший рік-раз в 6 місяців, надалі-раз в рік, а при необхідності частіше) і виконувати всі його рекомендації.

11. Мені пояснили, що в окремих випадках (5-6%) імплантати не приживаються і потребують

реімплантації або видалення. У випадку видалення завжди можна повернутись до інших методів лікування.

12. Я проінформований(на), що у випадку відторгнення імплантата на хірургічній стадії та відмови від реімплантації, Клініка зобов'язується повернути мені внесену суму та втрачений імплантат.

13. Я проінформований(на), що гарантійний термін після проведення операції складає 3 (три) роки від дня встановлення імплантата у випадку дотримання мною всіх перерахованих рекомендацій лікаря.

14. Я проінформований(на), що точний термін лікування не може бути визначений, а передбачуваний може змінюватись.

15. Я ознайомлений(на) з прейскурантом цін на стоматологічні послуги, що надаються в Клініці; погоджуюсь на проведення операції імплантації та пов'язані з нею заходи, зобов'язуюсь оплатити їх вартість.

16. У випадку виникнення ускладнень, я в першу чергу повинен(на) звернутись в Клініку. У випадку невиконання цієї умови Клініка не несе відповідальності за наслідки проведених в інших клініках втручань.

17. У випадку відмовлення від завершення лікування в Клініці, в подальшому Клініка не несе відповідальності за подальші результати лікування.

18. Я погоджуюсь на використання інформації з моєї історії хвороби для наукових робіт(в тому числі і друкованих) без ідентифікації моєї особистості (без посилань на моє прізвище та місце проживання).

Підпис пацієнта

П.І.Б.

« ____ » _____ 20__ р.