**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

на дентальную имплантацию

**г. Серпухов «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 6 г.**

*Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20 Федерального Закона РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об Основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»*

1. Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, информирован(а) о способе, цели, характере предполагаемого хирургического вмешательства в области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зуба(ов), а также об основных преимуществах, недостатках и риске зубной имплантации.
2. Я осведомлен(а) о предполагаемых расходах в связи с возможными изменениями объема хирургического вмешательства (использование мембран, остеосинтезирующих и остеозаменяющих препаратов).
3. Я понимаю сущность операции и уникальность собственного организма и мне известно, что даже при качественно выполненной операции и соблюдении мною всех необходимых для послеоперационного периода требований приживление дентальных имплантатов не может быть гарантирован положительный результат.
4. Я осведомлен(а), что послеоперационный период сопровождается дискомфортными ощущениями: отечность мягких тканей, синяк, умеренная болезненность, наличие в полости рта швов, состояние общего недомогания.
5. Я осведомлен(а), что после операции возникает ограничении в управлении транспортным средством, что после операции необходима щадящая (мягкая) диета, и что для успешного протекания послеоперационного периода необходима тщательная гигиена полости рта, щадящий режим, обязательный прием назначенных мне препаратов.
6. Я понимаю, что после хирургического вмешательства в полости рта необходима антибактериальная, противовоспалительная и обезболивающая терапия.
7. Я ознакомил(а) лечащего врача со своими сопутствующими заболеваниями, перечислила медикаменты, которые принимаю.
8. Я проинформировала врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.
9. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии, приеме анальгетиков, антибиотиков и аллергических реакциях.
10. Я согласен(а) на проведение метода анестезии, выбранного моим врачом.
11. Я согласен(а) на рентгенологическое обследование, необходимое для полноценного лечения.
12. Мне объяснены возможные последствия отказа от предлагаемого лечения, включая осложнения.
13. Я полностью осознал(а), что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата и даю свое согласие на это.
14. Я понимаю необходимость регулярных осмотров у врача и поэтому обязуюсь приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом), а также возможные рентгенологические исследования.
15. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.
16. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

|  |  |
| --- | --- |
| **Подпись пациента** | **Подпись врача**  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |