

ИНФОРМАТИВНОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ДЕНТАЛЬНУЮ ИМПЛАНТАЦИЮ

Пациент (ФИ.О) _____

Я осведомлен о том, что вышеназванное лечебное мероприятие должно производиться под местной анестезией. Я информирован также о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, недостатках и риске зубной имплантации. При этом мне известны другие возможные способы лечения без применения зубных имплантатов. Мне известно, что по обстоятельствам, только во время оперативного вмешательства может выявиться необходимость в расширении, изменении или отказе от запланированного лечебного мероприятия. Особые проблемы, имеющиеся у меня, оговорены, в частности,

В дальнейшем, после успешной дентальной имплантации, особо будут оговорены вид, время и стоимость последующего ортопедического (зубопротезного) лечения.

Расчет за планируемое лечение и возникшее в процессе данного мероприятия издержки будут произведены путем оплаты непосредственно пациентом, нужно подчеркнуть. Я осведомлен об ожидаемых расходах.

Все мои вопросы были удовлетворены. Мне известно, что до операции я могу отменить данное мною согласие на проведение дентальной имплантации.

Мне понятно предусмотренное лечебное мероприятие и метод лечения, я также согласен с необходимыми расширениями в процессе операции.

Я подтверждаю, что в «Карте опроса больного перед дентальной имплантацией» назвал все известные мне болезни и недуги.

О требуемом поведении перед операцией и после нее я осведомлен, в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством, что после операции необходима щадящая мягкая диета, и что для успеха имплантации необходимы регулярные явки на контрольные осмотры и тщательная гигиена полости рта (уход с помощью зубной щетки и других средств гигиены за зубами, зубными имплантатами и фиксированными на них зубными протезами).

Дата «__» _____ 20__ г.

Подпись пациента _____

Подпись врача удостоверяющего подпись пациента _____