

Формуляр согласия пациента на стоматологическую имплантологию

Пациент (Ф.И.О.) _____

Консультирующий врач _____

Предполагаемое лечение: _____ Тип имплантации _____

1. Эндодонто-эндооссальная имплантация _____
2. Имплантация одного зуба _____
Непосредственная _____
Отсроченная _____
3. Имплантация при включенном дефекте зубного ряда _____
4. Имплантация при концевом дефекте зубного ряда _____
5. Имплантация при полном отсутствии зубов _____
6. Другие показания _____

Я осведомлён 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 имплантов. 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, особо оговорены, в частности, _____

В дальнейшем, после успешной стоматологической имплантации, окончательно будут оговорены вид, время и стоимость последующего ортопедического лечения.

Расчёт за планируемое лечение и возникшие в процессе данного мероприятия издержки будут произведены путём оплаты, произведённой больным (предприятием, фирмой, страховой компанией) нужное подчеркнуть. Я осведомлён об ожидаемых расходах.

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

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

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

О требуемом поведении перед операцией и после неё я осведомлён, в особенности о том, что в день операции возникает ограничение в управлении транспортным средством, 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 щётки и других средств гигиены за зубами, зубными имплантами и фиксированными на них зубными протезами).

дата: «___» _____ 201__ г. Подпись пациента _____

Подпись врача, удостоверяющего подпись пациента _____