## 9D7FDB35-7F95-4C25-ACEB-23A65F7230AB

ООО «ДЕНТ-арт»

г.Владивосток

ул.Московская 1

## Информированное добровольное согласие пациента на проведение медицинского вмешательства по протезированию на дентальных имплантатах.

.

*Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со* ст.ст. *19-23 ФЗ N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", сообщена вся необходимая информация о моем предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.*

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)

обращаюсь в OOO «ДЕНТ-арт» для проведения ортопедического лечения дефектов зубов или (и) зубных рядов. Этот документ подтверждает, что я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым планом, сроками и стоимостью оказания ортопедических услуг, рисками, исходами, условиями гарантии и сроками службы на оказываемые услуги, а также с альтернативными вариантами лечения и мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение ортопедического лечения, поставив свою подпись в конце документа.

Я информирован (а) о том, что протезирование на имплантах будет проведено в сроки, установленные для каждого вида имплантатов и индивиду­альных особенностей организма. Эти сроки, установленные врачом, должны быть полностью соблю­дены для максимальной адаптации имплантата в костной ткани. Оплата за ортопедический этап лечения мною будет проведена отдельно по расценкам ортопедического прейскуранта на момент проведения этапа протезирования. Мне разъяснили, что вид фиксации ортопедической конструкции на имплантаты (цементной или винтовой) выбирает врач исходя из клинической ситуации и медицинских показаний. Я уведомлен, что при винтовой фиксации на наружной части коронок будут шахты доступа к фиксирующему винту, которые закрываются пломбировочным материалом. Материал подлежит последующей коррекции при нарушении краевого прилегания по показаниям. В случае применения комбинированных абатментов на может происходить отклейка основания от титановой базы или раскручивание фиксирующего винта, что является конструктивной особенностью изделия и не относится к недостаткам оказанной услуги. Атрофия костной ткани до 2мм в пришеечной части после установки имплантатов является нормой. Я уведомлен о необходимости после протезирования на имплантатах обязательно использовать для самостоятельной гигиены ирригатор полости рта и проходить процедуру профессиональной гигиены не реже 1 раза в 6месяцев. Я знаю, что любой съемный протез с опорой на имплантаты подлежит обязательной перебазировке и коррекции опорно-удерживающих элементов в сроки не реже 1 раз в 6 месяцев с оплатой данной услуги по прайсу клиники.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо. Я понимаю, что невозможно точно устанавливать сроки выполнения работ ввиду непредсказуемой реакции организма человека на проведение медицинского вмешательства и понимаю возможную необходимость изменения или коррекции первоначального плана протезирования в процессе оказания медицинских услуг.

**Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ЛИЧНО ПРОЧИТАЛ ДОКУМЕНТ И ДАЮ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫШЕОГОВОРЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО.**

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись пациента  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Подпись врача  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Дата «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ г. |