

## ООО «Привилегия Плюс»

строго руководствуется:

- основами законодательства об охране здоровья граждан РФ
- законом о защите прав потребителей
- современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

### ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА.

#### Зубная имплантация.

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен( согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я \_\_\_\_\_  
соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог

---

В исключительных случаях( например, болезнь врача) ООО«Привилегия Плюс» может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

**2. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о сути имплантации:**

2.1. Диагноз: \_\_\_\_\_

---

2.2. Допустимость уточнения диагноза в процессе лечения вследствие обстоятельств или появления имплантации или противопоказаний;

2.3. Индивидуальный рекомендованный план лечения;

2.4. Допустимость коррекции врачом намеченного плана или отказ от его осуществления ( на хирургическом или ортопедическом этапе) в зависимости от ситуации, о чем меня уведомит врач.

2.5. возможные альтернативные варианты лечения, а именно \_\_\_\_\_

---

2.6. Возможные негативные **последствия отказа от рекомендованного плана лечения, или частичного его выполнения, а именно** ( ненужное вычеркнуть. Необходимое добавить ): заболевание кости; атрофия костной ткани; воспаление десны; подвижность зубов, что может привести к необходимости их удаления; патология височно-нижнечелюстного сустава; головные боли; иррадиирующие боли в шею сзади и в мышцы лица; утомляемость жевательных мышц;

---

2.7. Возможные осложнения **под влиянием анестезии** , а именно: отёк мягких тканей, непродолжительная болезненность в месте инъекции, аллергические реакции.

2.8. Возможные **последствия приема анальгетиков и антибиотиков**( в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменение витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры.

2.9. Возможные осложнения **в ходе и после операции** ( в редких случаях), а именно( ненужное вычеркнуть): боль, отек, инфекция или изменение цвета слизистой оболочки полости рта и десны; онемение губы, языка, подбородка, щеки или зубов; воспаление век; повреждение имеющихся зубов; перелом кости; открытие гайморовой пазухи. отсроченное заживление десны.

2.10. Возможно не приживление имплантата( в некоторых случаях), что потребует его удаления. *В случае отторжения имплантата в течение года клиника возвращает 50% от суммы за установку имплантата. В случае отторжения имплантата по истечении указанного срока, все последующие лечебные мероприятия оплачиваются пациентом в 100% размере согласно действующего прейскуранта.*

2.11. После проведения хирургического этапа имплантации( вживление импланта и заживления десны) последует ортопедический этап( т.е. установка коронки или протеза – по ситуации и в соответствии с дополненным планом), который в моих интересах желательно осуществить в ООО«Привилегия Плюс».

**3.Мне объяснена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях, а именно:** гарантии на приживление имплантата не дается, невозможно предсказать успешность его приживления по причине медицинской специфике данной операции, особенностей десен и костной ткани пациента и реакций организма. В случае отторжения имплантата до начала протезирования ООО«Привилегия Плюс» возвращает 50% суммы, оплаченной пациентом за **установление** имплантата.

**4.Мне названы и со мной согласованы:**

- технологии( методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения
- сроки проведения лечения
- стоимость отдельных процедур( этапов) и лечения в целом. При этом мне известно, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, которые трудно предвидеть

Врач предупредит меня о повышении стоимости и обоснует это.

**5.Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.**

**6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования ( нужное дописать, ненужное вычеркнуть):**

- получение ортопантомограммы, прицельного пленочного снимка, прицельного компьютерного снимка, компьютерной томограммы.
- консультация стоматолога(ов) иного профиля \_\_\_\_\_
- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля: \_\_\_\_\_

---

**Если пациент после операции обратился к другому врачу, не назначенному ООО«Привилегия Плюс», который провел какое-либо лечение без согласования с ООО«Привилегия Плюс», с последнего снимаются гарантийные обязательства за результат лечения.**

Мною были заданы доктору все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы. разъяснения.

Я внимательно ознакомился( ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

