

**Информированное добровольное согласие для пациента, планирующего хирургическое
стоматологическое лечение,
в том числе и имплантацию зубов**

« ___ » _____ 202__ г.

г. Санкт-Петербург

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

Я, _____ г. р. даю
свое согласие на проведение мне хирургического стоматологического лечения, в том числе и имплантацию
зубов.

Последствиями отказа от данной операции могут быть: прогрессирование заболевания, развитие
инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений, а также обострение системных
заболеваний организма.

Я, _____
проинформирован(а) врачом об альтернативных методах медицинского вмешательства и выражаю согласие с
предложенным планом лечения.

Я проинформирован(а) врачом, что данная медицинская услуга может быть оказана по программе
обязательного медицинского страхования в иных медицинских организациях, в объеме и на условиях
территориальной базовой программы государственных гарантий ОМС.

Мне объяснен в понятной и доступной форме основной план лечения.

Я информирован(а) о том, что послеоперационный, восстановительный процесс строго индивидуален
по длительности и характеру течения. Я информирован(а) о следующих возможных последствиях и
осложнениях проведенного хирургического вмешательства, которые обусловлены в первую очередь анатомо-
физиологическими особенностями организма:

послеоперационный отек мягких тканей лица и шеи; гематома, кровотечение; ограничение открывания
рта; онемение губы, подбородка, языка; перфорация дна гайморовой пазухи; аллергические реакции,
либо обусловлены наличием уже имеющегося хронического либо острого патологического процесса
челюстно-лицевой области: прогрессирование заболевания, повышение температуры тела, появление
симптомов общей интоксикации организма, увеличение лимфатических узлов; появление (усиление)
болевых ощущений; обострение системных заболеваний организма; нарушение состава кишечной
микрофлоры, связанное с приемом антибиотиков при их назначении.

Я информирован(а) о том, что эффект лечения во многом зависит от индивидуальных особенностей
человеческого организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех
рекомендаций лечащего врача.

Со своей стороны, я высказал(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных
особенностях и реакциях моего организма, в том числе, аллергического характера, наличии в прошлом и
сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить
противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые
могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья. Мне ясна вся
важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость
выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения лечения, которое будет необходимо,
рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на
оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач. Мне объяснено и я понял(а), что
существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится
необходимость в частичном или полном изменении первоначального
плана лечения, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной
мере предвидеть заранее.

Мне объяснено, что имплантат может отторгаться в связи с возможными индивидуальными
особенностями моего организма. Эти особенности нельзя предусмотреть заранее, но они не связаны с

Подпись пациента _____

Нумерация зубов по формуле подлежащих лечению

<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	
<i>дата</i>		<i>№ зуба</i>		<i>Подпись пациента</i>		<i>Подпись врача</i>	