



Заявление о согласии перед имплантацией

1. Нижеподписавшийся (ФИО) заявляет, что мною получена подробная информация о цели и методе хирургической имплантации, а также о сумме возмещения стоимости обследования и последующий уход. Я понял(а) меры и условия, необходимые для установки имплантата в кость.
2. Лечащий врач внимательно провел осмотр. Информировал об альтернативах лечения. Я уже пробовал(а) или рассматривал(а) другие методы замены зубов, и, основываясь на всех из них, я хочу использовать имплантат для фиксации зубных протезов.
3. Меня также проинформировали о возможных рисках и осложнениях, которые могут возникнуть из-за операции, лекарств и анестетиков. Я понимаю, что эти осложнения могут временно включать, например: боль, отек, воспаление, изменение цвета, онемение зубов, губ, языка, подбородка или лица. Может случиться так, что точную продолжительность этих изменений невозможно предсказать, а некоторые могут даже оказаться постоянными. Кроме того, возможны повреждения имеющихся зубов, переломы костей, раскрытие пазух, длительное заживление, аллергические реакции на применяемые препараты и т.д.
4. Я понимаю, что если не будет проведено вмешательство, может возникнуть одна или несколько из следующих возможностей: атрофия челюстной кости, гингивит вокруг существующих зубов, чувствительность и расшатывание существующих зубов и, как следствие, может потребоваться повторное удаление зуба. Я также понял(а), что из-за невозможности смены зубов возможны проблемы с челюстными суставами, в связи с этим могут возникать головные боли или могут развиваться боли, отдающие в мышцы шеи и спины, а также мышечная усталость из-за жевания неполным рядом зубов.
5. Лечащий врач объяснил, что не существует метода, с помощью которого можно было бы точно показать, какое заживление кости можно ожидать у каждого человека после установки имплантата.
6. Мне также сообщили, что в некоторых случаях имплантаты не оссифицируются и поэтому их приходится удалять. Я понимаю, что успех имплантации не может быть гарантирован на 100%, а время пребывания имплантатов не может быть точно определено. Я понял(а), что медицина, а в ней и стоматология, еще не обладает всеми подробными и точными знаниями, которые были бы способны гарантировать результаты лечения и хирургического вмешательства. Я понимаю, что подготовка зубных имплантатов занимает много времени, поэтому ее выполнение может занять до 9-12 месяцев.
7. Я понимаю, что после подписания заявления о согласии, в любой момент во время лечения или после установки импланта и зубного протеза может возникнуть спорная ситуация, которую лечащий врач и пациент не смогут разрешить и, как следствие, лечение будет прервано, или



готовый имплант и зубной протез будут возвращены, если пациент не желает их принимать, то материальные затраты до этого момента (хирургическая подготовка, имплантат, зубная техника и т. д.) будут нести пациент. Стоимость использованных материалов оплачивается пациентом с учетом внесенного им аванса на основании его постатейного расчета.

8. Мне ясно, что чрезмерное курение, употребление алкоголя и сахара могут отрицательно повлиять на заживление десен и поставить под угрозу успех имплантации. Я согласен, что указания врача необходимо выполнять. Я согласен(а) посещать регулярные осмотры в соответствии с указаниями.
9. Я согласен(а) с методом анестезии, выбранным лечащим врачом. Я заявляю, что в течение как минимум двадцати четырех часов (или до тех пор, пока не пройдет эффект от принятого снотворного или лекарства, если он длится более двадцати четырех часов), я не буду водить транспортное средство, использовать опасные инструменты или работать с механизмами, тк это считается опасным.
10. Я заявляю, что предоставил(а) подробную информацию о своем физическом и психическом состоянии, а также историю болезни, насколько мне известно. Я предоставил(а) правдивую информацию обо всех обстоятельствах, связанных с моим здоровьем, таких как аллергические или необычные реакции на лекарства, продукты питания, укусы насекомых, снотворное, пыльца или другая известная мне пыль, заболевания крови или другие физические заболевания, аномальные реакции десен или кожи, аномальное кровотечение.
11. Я согласен(а) с тем, что во время вмешательства обо мне будут сделаны фотографии, кино- или видеозаписи, заметки, рентгеновские снимки или информация, записанная на других носителях данных, и что они будут использоваться клиникой Терени, при условии, что мои личные данные не будут раскрыты в связи с этими.
12. Я запрашиваю и разрешаю своему лечащему врачу предоставлять медицинские и стоматологические услуги, включая установку имплантов и другие сопутствующие операции. Я согласен(а) с тем, что если во время или после плановой процедуры, в ходе операции или лечения возникнут обстоятельства, которые, по мнению лечащего врача, потребуют дополнительных или альтернативных методов лечения, служащих успеху всего лечения, они будут проведены. Я также согласен(а) изменить план лечения, материалы и методы лечения, используемые во время лечения, если они служат моим интересам, то есть успеху процедуры.



Для успеха вмешательства я беру на себя следующее:

1. Если имела место сознательная седация, сразу после операции я не буду участвовать в дорожном движении без сопровождения и управлять транспортным средством.
2. В день операции и в последующие 2-3 дня избегаю тяжелой физической работы, занятий спортом, подъемов, посещения сауны, так как это может вызвать посткровотечение.
3. Чтобы избежать или уменьшить отек после операции, область операции можно охладить, приложив к лицу пакет со льдом, или обернуть. Однако перед этим кожу лица следует смазать каким-нибудь нейтральным кремом, защитив таким образом кожу от возможных повреждений, вызванных холодом. Целесообразно прикладывать лед в день операции и в последующие 24–48 часов несколько раз в день на 10–20 минут.
4. Операция проводится под местной анестезией, эффект от которой может сохраняться до 2-5 часов, поэтому я буду есть и пить только после того, как пройдет действие анестетика, избегая при этом прикусывания мягких тканей и глотания.
5. Я не ем в области имплантата, избегаю употребления слишком мягкой или слишком твердой пищи.
6. Не полоסקаю, не колю, рану не засасываю! Я отказываюсь от легких наркотиков (алкоголь, курение) в течение 5-7 дней после операции. Я избегаю употребления свежего молока и яичных продуктов.
7. Швы не буду снимать минимум 5-7 дней. Если швы ослабнут или выпадут раньше указанного времени, в результате чего края раны отойдут друг от друга, я сообщу об этом своему врачу.
8. Правильный и тщательный уход за полостью рта – одна из важнейших предпосылок успеха имплантации. Операционную зону я буду очищать вручную мягкой зубной щеткой, а остальную полость рта — как обычно. Использование ополаскивателя строго ЗАПРЕЩЕНО!
9. Если после операции я замечу кровотечение, температуру, сильную боль или другие жалобы, я сообщу своему врачу.
10. Я принимаю и выполняю рекомендованные поддерживающие процедуры.

Я понял(а) устную и письменную информацию о ходе предстоящего вмешательства, принимаю возможные осложнения, получил(а) подробную информацию об ожидаемых последствиях в случае не лечения, мы уточнили все интересующие меня вопросы. Наше соглашение заключается в профессиональном проведении операции.

Место: Будапешт, 20.....ггг.....мм.....дд

пациент

лечащий врач