Приложение № 1

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. N 1051н

**Информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое**

**хирургическое вмешательство по установке имплантата**

       Я, **{ФИОПациента}**, **{ДатаРожденияПациента}** г. рождения, зарегистрированный по адресу:**{АдресПациента}** даю информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в {НазваниеСтруктурнойЕдиницы} Медицинским работником {ВрачПриёма} в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного ил нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона  от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

       Я был(а) проинформирован(а) о целесообразности медицинского хирургического вмешательства по установке имплантата в кость и получил(а) полную информацию о существующих альтернативных методах лечения и предпочел установку имплантата для восстановления отсутствующих зубов.

       Я предупрежден(а) о возможном риске, точности результата операции и осложнениях в ходе всей процедуры, что не существует способа предсказать заживляющие способности десны и существуют случаи отсутствия остеоинтеграции (сращения с костью, отторжения имплантата), при таких обстоятельствах не может быть дано никаких гарантий на результат лечения и исход операции.

       Я понимаю, что курение, употребление алкоголя, наркотических, токсических веществ, избыточное употребление сахара могут повлиять на заживление десны и снижают успех лечения.

       Я понимаю необходимость рентгенологического контроля до, после операции и во время контрольных осмотров, а также обязательного восстановления зубных рядов протезами

       Я согласен (-на) на использование фотографий моих зубов без указания моего имени и фамилии.

       Я обязуюсь после операции соблюдать предписанный врачом режим до полного моего восстановления после операции и прекращения воздействия лекарственных средств (не менее 24 часов после операции.

Мне известно, что в случае отторжения имплантата в течение гарантийного срока принимает на себя обязательства по удалению имплантата, возврату денежных средств в размере стоимости имплантата. Стоимость операции по установке имплантата, включая стоимость затраченных расходных материалов не возвращается.

       Я согласен(а), что во время операции клиническая ситуация может измениться и доверяю врачу действовать по его усмотрению, если такие действия направлены для моего блага.

       Я даю согласие на применение анестезии. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии при приеме анальгетиков и антибактериальных препаратов.

       Я в полном объеме проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья, особенностях моего организма, о наличии у меня заболеваний, о всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время, о принимаемых мною лекарственных препаратах, противопоказаниях, о наблюдении и лечении у врачей других специальностей.

       Понимая сущность предложенного медицинского стоматологического   и уникальность собственного организма, я согласен (а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

       Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г.  N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской

Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

{ФИОПациента}

                                                                                                                     (подпись)

{ВрачПриёма}

                                                                                                                     (подпись)

{ДатаДоговора}