**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на проведение дентальной имплантации**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я, в соответствии со статьей 20 Федерального закона «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» от 20.11.2011 г. №323 -ФЗ, даю добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Минздрава РФ от 23.04.2012г. №390н, с целью проведения дентальной имплантации, имплантатов для замещения у меня дефекта зубного ряда на верхней (или нижней) челюсти в области отсутствующих зубов.

Я был поставлен в известность, что целью имплантации является получение наиболее благоприятного результата лечения из тех, которые возможны при моем состоянии полости рта. Тем не менее, жизненно необходимым это хирургическое вмешательство не является. Врач определил возможность проведения операции, а решение об имплантации принимается мною самостоятельно.

Я осведомлён, что в процессе оперативного вмешательства, может возникнуть необходимость изменения или отклонения от планируемого оказания медицинской помощи, что диктуется возникшей клинической необходимостью.

Мне разъяснено, что окончательный план протезирования будет определён, и я с ним буду ознакомлен после успешного приживления имплантата.

Я согласен, что в случае моего отказа от ортопедического лечения в ООО «Фреш Дентал Клиникс» и осуществления его где-либо в другом месте, врач не несёт ответственности за возможную несостоятельность имплантатов.

Мне объяснено, что имплантат может отторгаться в связи с возможным индивидуальными особенностями моего организма. Эти особенности нельзя предусмотреть заранее, но они не связаны с проводимым лечением. В таком случае я не буду иметь материальных претензий к ООО «Фреш Дентал Клиникс» и требовать возврата средств за проведённое лечение.

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о комплексе лечебно-диагностических мероприятий с целью получения наиболее благоприятного результата.

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах медицинского вмешательства, о его возможных последствиях.

Я проинформировал врача об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности.

Я имел (а) все возможности задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них исчерпывающие ответы.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_