

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

на лечение с использованием зубных имплантатов

Настоящее добровольное соглашение составлено в соответствии с Законом от «21» ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

1. Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

2. Мне предложены альтернативные методы лечения , но я даю согласие на зубную имплантацию.

3. Я уполномочиваю врача \_\_\_\_\_ провести операцию для зубной имплантации.

4. Врач рассказал мне о подготовительных мероприятиях, предшествующих установке импланта (имплантов), возможных осложнениях и методах их лечения и обосновал необходимость выбора именно этого метода восстановления утраченного зуба (зубов).

Я осведомлен(а) что оперирующий хирург сделает все от него зависящее для уменьшения риска дентальной имплантации. Мне известно, что в ходе операции будет применено обезболивание, выбор которого производится врачом учетом особенностей моего организма.

5. Мой возраст \_\_\_\_\_ лет, я имею сопутствующие болезни \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Я обязуюсь выполнять все назначения врача до и после операции:

- принимать назначенные лекарства до и после операции;
- соблюдать гигиену полости рта;
- не водить машину после операции в течение срока, определенного врачом, не проводить работу, связанную с физической нагрузкой;
- не принимать алкоголя, не курить, не принимать наркотических средств.

