

## Інформована згода на проведення імплантації

Надання Клінікою послуг по імплантації втручанню означає, що Клієнт перед початком надання таких послуг поінформований про їх суть, особливості, та очікувані результати, згоден на їх надання, та заявляє про наступне:

1. Мені надана повна інформація стосовно стану мого здоров'я, поставленого діагнозу, найефективніших методів лікування, можливого прогнозу, ризиків та ускладнень при проведенні лікування. Мені у зрозумілому вигляді була надана повна інформація про метод стоматологічної імплантації і я розумію мету і суть хірургічної процедури встановлення імплантата та її лікувальний ефект.
2. Мені була надана можливість задавати питання, що цікавили мене з приводу імплантації та мною отримано відповіді на них в доступній та зрозумілій формі.
3. Я проінформований про альтернативні методи лікування, але надаю перевагу імплантації для відновлення наявних дефектів зубних рядів.
4. Я розумію про важливість повідомити лікарю всю необхідну інформацію про себе та надати всі необхідні результати лабораторних аналізів, а також методів функціонального дослідження і сповістити про всі наявні алергічні реакції на препарати, їжу, укуси комах, анестетики, хвороби крові, реакції ясен та шкіри, кровотечі та інші стани.
5. Я розумію, що можуть бути негативні наслідки в разі не проведення процедури імплантації: атрофія кісткової тканини, запалення ясен, посилення рухомості зубів, що може призвести до необхідності їх видалення. Також можливе виникнення патології скроневопідщелепного суглобу і, як наслідок, головного болю з іррадіацією в шию і м'язи обличчя, втомлюваність жувальних м'язів.
6. Я розумію, що під час і після процедури, операції та лікування, стан твердих та м'яких тканин порожнини рота, а також тканин навколо зубів чи імплантатів може змінюватись, тоді, на розсуд лікаря, для досягнення ефективного результату, може бути назначена додаткова чи альтернативна терапія.
7. У випадку виникнення непередбачуваних ситуацій чи ускладнень під час втручання, я заздалегідь даю згоду на застосування всіх необхідних та можливих заходів для їх усунення. У цьому я повністю покладаюся на кваліфікацію та сумлінність медичних працівників Клініки.
8. Я згоден на вид анестезії за вибором мого лікаря (аплікаційна, інфільтраційна, провідникова чи потенційоване знеболювання).
9. Я проінформований про можливі ускладнення під час подібних операцій, використання анестезії та при прийомі антибіотиків. Вони можуть включати в себе: біль, набряк, зміна кольору слизової і шкіри обличчя в ділянці операції, заніміння зубів, губи, язика, підборіддя, щоки, попадання в верхньощелепну пазуху або нижньощелепний канал, довготривале загоєння, алергічні реакції та ін.

10. Зі мною узгоджені усі методи та матеріали, що будуть використані в процесі лікування. Я ознайомлений з вартістю лікування.
11. Я попереджений, що паління, вживання алкоголю, цукру можуть негативно вплинути на процес приживлення імплантата і знизити ефект лікування. Я зобов'язуюсь дотримуватись всіх настанов мого лікаря по догляду за порожниною рота; виконувати всі медикаментозні призначення; не керувати автомобілем та не працювати з іншими небезпечними апаратами протягом 24 годин після операції, до повного відновлення нормального самопочуття, після використання лікарських препаратів; з'являтися на післяопераційні огляди ; виконувати всі рекомендації лікаря.
12. Мені пояснили, що в окремих випадках (5-6%) імплантати не приживаються і потребують реімплантації або видалення. У випадку видалення завжди можна повернутись до інших методів лікування.
13. У випадку виникнення ускладнень, я в першу чергу повинен звернутись в Клініку. У випадку невиконання цієї умови Клініка не несе відповідальності за наслідки проведених в інших клініках втручань.
14. У випадку відмовлення від завершення лікування в Клініці, в подальшому Клініка не несе відповідальності за подальші результати лікування.
15. Я проінформований, що точний термін лікування не може бути визначений, а передбачуваний може змінюватись.
16. Я розумію, що кожен організм є індивідуальним, а тому неможливо гарантувати стовідсотково позитивний результат.
17. Я згоден на рентгенологічне обстеження та зобов'язуюсь виконувати рекомендації лікаря після проведеної операції.
18. Я уважно ознайомлений з цим документом і розумію, що останній має юридичну силу і несе для мене правові наслідки.