**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

**в ООО «Авторская стоматология Терновых»**

**с использованием ортодонтических микроимплантатов**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

добровольно обращаюсь в клинику Исполнителя для проведения ортодонтического лечения и даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с использованием ортодонтических микроимплантатов. Мне разъяснили, что это временные титановые или стальные мини-имплантаты, выполняющие функцию дополнительной опоры во время ортодонтического лечения и служащие для получения наилучшего результата. Альтернативным вариантом лечения является ортодонтическая коррекция без применения временных имплантатов, которая имеет меньший клинический эффект лечения и более длительные сроки лечения. В некоторых случаях ортодонтическое лечение без временных микроимплантатов является невозможным. Ортодонтические имплантаты устанавливаются хирургическим путем с применением местной ли общей анестезии непосредственно в кость челюсти в места и в количестве, определяемых лечащим врачом в соответствии с медицинскими показаниями индивидуально в каждом конкретном случае. Верхняя часть имплантата с фиксирующим элементом находится над десной в полости рта весь период лечения. Я уведомлен, что в процессе лечения ортодонтические имплантаты могут быть заменены на другие, а также могут быть установлены дополнительные имплантаты с необходимостью их отдельной оплаты. В процессе или после окончания ортодонтического лечения ортодонтические имплантаты удаляются врачом под местной или общей анестезией, а места установки заживают самостоятельно. Оплата установки ортодонтических имплантатов производится отдельно от оплаты ортодонтического лечения и в его стоимость не входит. К ортодонтическим имплантатам с помощью различных элементов будут крепиться съемные и несъемные ортодонтические конструкции. Элементы фиксации могут наносить незначительные повреждения слизистой в месте касания, что требует незамедлительного обращения к врачу для коррекции и не является недостатком лечения. Поскольку ортодонтические имплантаты являются временными, в процессе их использование возможны следующие ситуации: появление подвижности имплантата, раскручивание имплантата частично или с полным выпадением из места фиксации. В случае полного выпадения существует риск проглатывания или аспирации имплантата и элементов крепления ортодонтической аппаратуры. При появлении любых признаков подвижности или раскручивания имплантата (когда его длина ощущается большей, чем была при установке) следует незамедлительно обратиться к лечащему врачу. В этом случае врачом будет произведена повторная установка имплантата или предприняты иные действия, направленные на получение оптимального клинического результата в интересах пациента. Перед лечением или в процессе лечения врачом могут назначаться лекарственные препараты, которые пациент приобретает в аптеке самостоятельно.

Я информирован(а), что во время и после операции установки ортодонтических имплантатов, в редких случаях, могут произойти нижеперечисленные осложнения:

* Воспаление тканей вокруг имплантатов, что потребует дополнительного лечения и может привести к удалению имплантатов; припухлость, отек, болевые ощущения, кровотечения, гематомы;
* возможно инфицирование раны, прилегающих тканей или сосудистой системы в случае осложнений, и при несоблюдения предписанных врачом назначений, рекомендаций и правил гигиены;
* развитие гайморита, периимплантита, остеомиелита;
* боль, отек, гематомы, общее недомогание, гипертермия, онемение губы, языка, щеки, подбородка, зубов.

Точную продолжительность этих побочных ощущений и осложнений невозможно прогнозировать, и в крайне редких случаях они могут быть необратимыми;

При неблагоприятном исходе операции (удаление или отторжение имплантата) и при развитии осложнений, явившимися следствием индивидуальной реакции организма на проведенное вмешательство и не связанном с нарушением Исполнителем общепринятых правил и методик оказания соответствующих услуг, Исполнитель за такие осложнения ответственности не несет.

В доступной 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 (компенсация, стабилизация, осложнения, развитие сопутствующих заболеваний).

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" (Собрание законодательства РФ,2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Исполнитель в доступной форме уведомил меня об осуществляемой им медицинской деятельности, о режиме работы клиники, о видах, качестве и об условиях предоставления мне медицинской помощи, об эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о графике работы, уровне образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении мне платных медицинских услуг, об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о состоянии моего здоровья, о правилах и условиях эффективного и безопасного использования результатов оказанных медицинских услуг, о перечне платных медицинских услуг Исполнителя, их стоимости, положении о гарантиях и сроках службы на овеществленные результаты оказанных услуг, о правилах использования установленных ортодонтических конструкций.

Я понимаю необходимость информирования лечащего врача обо всех случаях аллергии, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний, травм и ранее выполненных операций. Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, а также сроки проведения лечения. Я даю разрешение проводить осмотры, рентгенологические и инструментальные исследования, делать оттиски, фотографии, видеосъемку, инъекции лекарственных препаратов, профессиональную гигиену зубов и любые другие медицинские вмешательства, которые будут необходимы для обеспечения качества и безопасности лечения. Я имел возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил на них понятные и исчерпывающие ответы. Мне было разъяснено значение нумерации зубов и всех медицинских терминов, упомянутых в данном документе. Я даю разрешение использовать труд любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо для получения наилучшего результата диагностики и лечения.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений, о которых я уведомлен в Информированном согласии, которые возникли вследствие естественных изменений моего организма или внешних причин, а также в следствии нарушений условий Договора на оказание платных медицинских услуг и рекомендаций лечащего врача, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме. Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я понимаю, что ожидаемый мною положительный результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответст­вующей квалификации, применение разрешенных в РФ материалов и инструментов с соблюдением соответст­вующих стандартов и протоколов лечения. Я уведомлен(а), что появление симптомов гальванизма и аллергии на компоненты материалов не является гарантийным случаем, поскольку подобное осложнение предсказать до начала лечения невозможно, и оно не является следствием неправильных действий врача. В этом случае переделка, удаление или замена стоматологических конструкций с целью устранения явлений гальванизма и аллергии осуществляется платно по прайсу Исполнителя.

Я разрешаю сообщать информацию о моем лечении лицам, его оплачивающим, близким родственникам, а также всем лицам, профессионально обязанным сохранять медицинскую тайну.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. пациента)

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)