ООО «Медицинский центр «Авиценна»

Приложение №1 к договору № ____ от _____

на оказание платных стоматологических услуг

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Хирургическое лечение зуба(ов)

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства,

Я_____ (фамилия, имя, отчество пациента) проинформирован(а) о поставленном диагнозе и необходимости лечения зубов в соответствии с планом лечения:

Дата	Наименование услуги	Стоимость	Подпись пациента

Удаление зуба(ов). Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, направленных на сохранение зуба, их преимуществах и недостатках. Я отказываюсь о попытки консервативного лечения зуба и настаиваю на удалении зуба, при этом я понимаю, что после удаления зуба мне придется протезировать отсутствующий зуб за дополнительную плату.

Мне понятно, что после удаления зуба возникают ощущения дискомфорта (боль) продолжающееся до нескольких дней, по поводу которых врач назначит при необходимости препараты. Осложнения удаления зуба обусловлены анатомо - физиологическими особенностями организма пациента или наличием имеющегося хронического или острого патологического процесса челюстно-лицевой области Мне понятно, что удаление зуба верхней челюсти проводится в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, поэтому я соглашаюсь с тем, что возможно возникновение перфорации дна пазухи носа и, как следствие, воспалительные процессы в этой области. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, возможно расположение корней зуба в непосредственной близости зоны вмешательства к нижнему каналу, поэтому я соглашаюсь с тем, что возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, развитие послеоперационных отеков.

Мне разъяснено, что удаление ретинированного (не прорезавшегося), полуретинированного, дистопированного (неправильно расположенного) зуба, в том числе зуба мудрости, относится к сложному (атипичному) хирургическому вмешательству. Такая операция может включать разрез и отслаивание слизисто-надкостничного лоскута, удаление части костной ткани, разделение (распил) зуба на фрагменты с извлечением каждого фрагмента в отдельности, обработку лунки и наложение швов, и занимает больше времени, чем удаление прорезавшегося зуба.

Я соглашаюсь с тем, что окончательный объём операции определяется в ходе вмешательства и может отличаться от первоначального как в сторону уменьшения, так и в сторону увеличения, в том числе возможен переход от простого удаления к сложному и необходимость дополнительных манипуляций. Об изменении объёма и стоимости врач сообщает мне, дополнительные услуги оплачиваются по действующему Прейскуранту.

Я информирован(а), что перед удалением ретинированного, дистопированного зуба и зуба мудрости для оценки положения зуба, формы и расположения его корней, близости к соседним анатомическим

структурам необходимо рентгенологическое исследование, а в отдельных случаях — компьютерная томография (КЛКТ). Мне понятно, что при отказе от такого исследования врач не может исключить описанные ниже осложнения и вправе отказаться от проведения планового вмешательства.

Мне разъяснено, что корни верхних боковых зубов, в том числе верхних зубов мудрости, могут располагаться в непосредственной близости от дна верхнечелюстной (гайморовой) пазухи или проникать в неё, поэтому при их удалении повышен риск перфорации дна пазухи. Я соглашаюсь с тем, что следствием перфорации могут быть: сообщение между полостью рта и пазухой (ороантральное соустье), острый или хронический одонтогенный синусит (гайморит), попадание в пазуху инфекции, фрагмента зуба или пломбировочного материала, необходимость дополнительного лечения, в том числе хирургического (пластика соустья), и наблюдения у врача-оториноларинголога. Мне понятно, что это осложнение обусловлено индивидуальными анатомическими особенностями, может возникнуть и при правильно выполненной операции, и его лечение оплачивается дополнительно.

Мне разъяснено, что корни нижних зубов, в том числе нижних зубов мудрости, могут прилегать к каналу нижней челюсти и к язычному нерву, поэтому при их удалении возможно нарушение чувствительности (онемение, покалывание, жжение) губы, подбородка, языка, тканей нижней челюсти. Я соглашаюсь с тем, что такое нарушение чаще проходит самостоятельно, однако может сохраняться недели и месяцы, а в редких случаях быть стойким, и предсказать его длительность заранее невозможно.

Я соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях во время хирургической операции и в послеоперационном периоде возникают нижеперечисленные явления: болевые ощущения в течение послеоперационного периода; сохранение припухлости мягких тканей; повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации; ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов; при аномальном расположении зуба - повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти, повреждение дна гайморовой пазухи; перелом удаляемого зуба, оставление фрагмента корня; проталкивание зуба или его фрагмента в мягкие ткани либо в верхнечелюстную пазуху; вывих или повреждение соседнего зуба, скол пломбы или ортопедической конструкции на соседних зубах; секвестрация (самостоятельный выход через десну) мелких костных фрагментов; _____.

Я соглашаюсь с тем, что при наличии исходного воспаления в области удаляемого зуба, процесс заживления может происходить медленнее, осложниться развитием воспаления в области удаленного зуба, что потребует дополнительного хирургического лечения.

Я соглашаюсь с тем, что отсутствие заживления костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Я обязуюсь строго выполнять следующие рекомендации после удаления зуба:

- прикладывать лед к щеке на 20 минут с перерывом 30 мин. до конца дня, сукровичное отделяемое из лунки зуба является нормальным в течение нескольких часов после удаления;

- строго не принимать пищу ранее, чем через 2 часа после удаления, чтобы не удалить сгусток крови в лунке удаленного зуба, который выполняет нужную защитную и восстановительную функцию;

- строго не полоскать лунку зуба и не жевать на стороне удаления в течение суток после удаления, иначе вы вымоете образовавшийся сгусток в лунке от удаленного зуба, начнется кровотечение и/или воспалительный процесс;

- в случае выпадения сгустка крови из лунки зуба обязуюсь обязательно связаться с врачом или прибыть на консультацию;

- при возникновении кровотечения положить на лунку зуба стерильный марлевый тампон и прикусить его таким образом, чтобы материал плотно прилегал к ране, в случае, если кровотечение не прекращается, немедленно обратиться в клинику;

- не применять теплый компресс;

- при чистке зубов не затрагивать область удаленного зуба.

- при наложении швов явиться для их снятия на 7–10-е сутки, если врач не назначил иной срок; при расхождении шва обратиться в клинику;

- если удаление проводилось на верхней челюсти и врач предупредил о близости или о сообщении лунки с верхнечелюстной пазухой — не сморкаться, чихать с открытым ртом, не надувать щёки, не пить через трубочку, не курить; при прохождении воздуха или жидкости из полости рта в нос немедленно обратиться в клинику;

- незамедлительно обратиться в клинику при повышении температуры тела выше 38 °С, нарастании боли или отёка после третьих суток, появлении гнойного отделяемого или неприятного запаха из лунки, сохранении онемения дольше нескольких суток;

Наличие послеоперационного отека является нормой. Отек возникает в течение нескольких часов и может нарастать до нескольких дней. На второй день после удаления отек может нарастать, на третий день он, как правило, начинает спадать, но сохраняется у некоторых пациентов до 5-7 дней.

Зубосохраняющие (резекция верхушки корня, цистотомия, гемисекция) операции. Мне понятно, что операция проводится с целью сохранения зуба(ов). Альтернативным способом лечения является удаление зуба(ов). Я соглашаюсь с тем, что результатом лечения является неопределенный срок времени (точный срок предсказать невозможно в силу сложности биологического организма) в течение которого не происходит прогрессирования заболевания зуба(ов) и их можно не удалять.

Я соглашаюсь с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения.

Я соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях возникают нижеперечисленные осложнения:

- Боль, тошнота, воспаление, кровотечение из раны в послеоперационном периоде;

- Онемение языка, губ, подбородка, зубов;

- Ощущение дискомфорта после лечения, продолжающееся до нескольких дней;

- Нарушение целостности верхнечелюстных (гайморовых) пазух, воспалительные осложнения в области верхнечелюстных (гайморовых) пазух;

- Ограниченное открывание рта;

- Развитие послеоперационных отеков;

- В крайне редких случаях - повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти.

Я соглашаюсь с тем, что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата. Поэтому точная продолжительность оперативного вмешательства не может быть предсказана и может меняться, а дополнительные процедуры могут потребовать дополнительной оплаты.

Я понимаю, что невозможно предсказать способность десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента, поэтому я соглашаюсь с тем, что бывают случаи, когда при качественно оказанных медицинских услугах зуб приходится удалять в связи с развившимся осложнениями.

Хирургическое лечение пародонтита. Мне понятно, что операция проводится с целью сохранения зубов, которые в случае прогрессирования пародонтита придется удалить. Я ознакомлен(а) с планом проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения.

Мне понятно, что основной причиной заболевания пародонта является ослабление защитных сил организма за счет хронических заболеваний, поэтому необходимо выявлять и лечить эти заболевания. В противном случае, вероятность успешного пародонтологического лечения будет значительно ниже.

Основной задачей пародонтологического лечения является удаление микроорганизмов с воспаленных тканей в зубном налете, зубном камне, в поддесневых карманах, в остатках пищи под зубными протезами (мостами) и нависающими краями пломб. Лечение не приведет к результату, если после лечебных манипуляций в клинике не поддерживать гигиену дома специальными средствами. Т.к. зубодесневые карманы плохо доступны для домашней гигиены, необходимо приходить в клинику для их обработки.

Я соглашаюсь с тем, что при отказе от профессиональной гигиены реже, чем 1 раз в 3-6 месяцев (по рекомендации врача), в зубодесневых карманах снова возникает воспаление и лечение придется назначить заново.

Я соглашаюсь с тем, что после снятия зубных отложений может появиться повышенная чувствительность зубов, причиной которой стали продукты жизнедеятельности микроорганизмов. Со временем чувствительность зубов нормализуется.

Мне понятно, что санация полости рта, устранение нависающих краев пломб и коронок необходимы для исключения застревания пищи между зубами и как следствие развития воспаления. Полноценное протезирование позволит разгрузить ослабленные зубы и правильно перераспределить жевательную нагрузку, связать зубы в единый блок для большей их устойчивости. При несоблюдении этого условия произойдет раскачивание и выпадение зубов из-за их перегрузки.

Мне понятно, что одним из этапов комплексного лечения пародонтита является хирургическое лечение, которое имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма.

В ходе лечения могут быть использованы:

- консервативные методы (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, закрытый кюретаж зубодесневых карманов);

- хирургические методы (открытый кюретаж зубодесневых карманов, лоскутная операция, наращивание костной ткани, пластика десны):

Открытый кюретаж отличается от закрытого тем, что при открытом кюретаже участок десны разрезается и отслаивается, чтобы можно было произвести более глубокий кюретаж. В завершение процедуры кюретажа в карманы наносятся остеогенные препараты для дальнейшей стимуляции роста костной ткани (возмещение потерянной костной субстанции), после чего десна ушивается.

Хирургическое лечение заболеваний пародонта в отличие от терапевтического лечения позволяет полностью удалить зубные отложения из глубоких пародонтальных карманов и удалить грануляционную ткань, которой заместилась рассосавшаяся кость.

Операции по восстановлению костной ткани проводят только после стабилизации воспалительного процесса. Только в том случае, когда пациент соблюдает хорошую гигиену полости рта, не пропускает профилактическую обработку зубодесневых карманов, возникает уверенность в стабилизации процесса. Только в этом случае имеет смысл восполнение утерянной костной ткани.

Я соглашаюсь с тем, что при неудовлетворительной гигиена полости рта, снижение сопротивляемости организма и иных случаях, после проведения восстановительной операции возможны следующие реакции: повышенная чувствительность зубов; отторжение костного трансплантата; большее оголение зубов; увеличение подвижности зубов с последующим их удалением.

Я понимаю, что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выявится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно предвидеть заранее. В связи с этим, продолжительность и стоимость лечения может изменяться.

Я информирован о последствиях отказа от данного лечения: прогрессирование заболевания пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов), а также системные проявления заболевания.

Костная пластика. Мне известно, что только во время оперативного вмешательства может быть окончательно определен объем операции (его расширение или отказ от запланированного объема).

Последствием отказа от данной операции может быть невозможность установки дентальных имплантатов, в связи с чем придется выбирать иной способ протезирования зубов.

Операция пересадки костного блока заключаются в дополнительных разрезах в полости рта и заборе костного материала (костного блока, костной стружки) из кости нижней челюсти (подбородочной области или зоны отсутствующих зубов мудрости) и пересадке полученного костного блока в место с

недостаточный высотой кости для будущей имплантации. Последующая имплантация зубов происходит в срок не ранее 6 месяцев после операции.

Операция расщепления кости заключаются в разрезе в полости рта в области имплантации и расщеплении кости вдоль гребня с последующим помещение в полученное отверстие имплантата и заполнения места расщепления с помощью костного материала.

Оба вида костной пластики могут сопровождаются введение биопластических материалов и установки барьерной мембраны. Я соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях возникают нижеперечисленные осложнения:

- Кровотечение, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием, нарушение целостности слизистой гайморовой пазухи, что иногда потребует отказаться от продолжения операции;

- Воспалительные процессы в области верхнечелюстных (гайморовых) пазух, инфицирование операционной раны;

- Экспозиция барьерной мембраны, что потребует повторного вмешательства для её удаления;

- Отсутствие возможности установить имплантат в области операции в будущем;

- Усугубление патологии височно-нижнечелюстного сустава при её наличии;

- Возникновение онемения в области оперативного вмешательства, формирование рубца;

_____.

Я соглашаюсь с тем, что существует риск негативных последствий приёма анальгетиков и антибиотиков (при их назначении), в том числе аллергические реакции и нарушение состава кишечной микрофлоры.

Я соглашаюсь с тем, что во время операции или лечения ситуация может измениться, что потребует от врача дополнительных действий, направленных на достижение оптимального результата. Поэтому точная продолжительность оперативного вмешательства не может быть предсказана и может меняться, а дополнительные манипуляции могут потребовать дополнительной оплаты.

Я понимаю, что невозможно предсказать 100% наращивание костной ткани в области верхнечелюстной пазухи или альвеолярного отростка в связи с различной способностью десен и челюстных костей к заживлению у каждого пациента, и соглашаюсь с тем, что операция может быть неэффективной, при этом внедренный во время операции материал для наращивания кости утрачивается. Это может привести к необходимости проведения иного варианта оперативного лечения, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Установка мини-имплантатов в область _____. Для фиксации мини-имплантата в кости челюсти, с помощью бора формируется небольшое отверстие, где фиксируют мини-имплантат. Операция будет проведена по общепринятой методике, с использованием сертифицированных стоматологических мини-имплантатов.

Мне понятно, что ожидаемый результат от лечения в виде устойчивого нахождения мини-имплантата в кости составляет не более 4-8 месяцев, после чего мини-имплантаты начинают постепенно расшатываться (отторгаться организмом) и должны быть удалены либо заменены новыми.

Я соглашаюсь, что во время и после операции, в редких случаях могут произойти нижеперечисленные явления, которые могут потребовать дополнительного лечения за отдельную стоимость: подвижность и инфицирование раны и развитие воспалительного процесса вокруг головки имплантата в случае не соблюдения пациентом предписанных врачом правил гигиены; отторжение мини-имплантатов, что приведет к необходимости их удаления.

Понимая сущность предложенного лечения и сложность биологического организма человека, я соглашаюсь, что невозможно гарантировать достижение результата лечения. В связи с этим, я соглашаюсь с тем, что результатом качественно проведенной имплантации может быть неблагоприятный исход операции в виде отторжения мини- имплантата ранее 4 месяцев с момента установки. При неблагоприятном исходе операции (удаление или отторжение мини-имплантата) я обязуюсь не предъявлять материальных требований по возврату денег, оплаченных мною за проведенное лечение и использованные материалы и мини-имплантаты.

Открытие имплантата и установка формирователя десны в позиции ранее установленных имплантатов_____.

Я информирован (а), что операция будет проводиться под местной анестезией. Во время операции сначала мне проведут разрез в области ранее установленных имплантатов, затем установят формирователи десны.

Удаление имплантата(ов) _____ зубов.

Я осведомлен(а) о возможных альтернативных способах лечения, направленных на сохранение имплантата, их преимуществах и недостатках. Я так же информирован(а), что в ряде конкретных случаев удаление имплантата является единственным способом лечения. Я соглашаюсь с тем, что мне необходимо выполнить удаление имплантата, что приведет в дальнейшем к необходимости повторной имплантации.

Мне понятно, что после удаления имплантата возникают ощущения дискомфорта (боль) продолжающееся до нескольких дней, по поводу которых врач назначит при необходимости препараты. Осложнения удаления имплантата обусловлены анатомо-физиологическими особенностями организма пациента или наличием имеющегося хронического или острого патологического процесса челюстно-лицевой области. Мне понятно, что удаление имплантата верхней челюсти проводится в непосредственной близости к верхнечелюстной (гайморовой) пазухе, поэтому я соглашаюсь с тем, что возможно возникновение перфорации дна пазухи носа и, как следствие, воспалительные процессы в этой области. При хирургическом вмешательстве в области нижней челюсти, возможно расположение имплантата в непосредственной близости зоны вмешательства к нижнему каналу, поэтому я соглашаюсь с тем, что возможно онемение языка, губ, подбородка, тканей нижней челюсти, развитие послеоперационных отеков.

Я соглашаюсь с тем, что при наличии исходного воспаления в области удаляемого имплантата, процесс заживления может происходить медленнее, осложниться развитием воспаления в области удаленного имплантата, что потребует дополнительного хирургического лечения за отдельную плату.

Я соглашаюсь с тем, что отсутствие заживления костного послеоперационного дефекта непрогнозируемо и может привести к необходимости последующего этапа оперативного лечения, за отдельную плату, направленного на пластическое замещение костного дефекта.

Пластика уздечки губы.

Я проинформирован(а) о поставленном диагнозе и необходимости проведения операции пластики уздечки губы, что операция будет проводиться под местной анестезией, с использованием хирургического инструмента или лазера, путем проведения, в зависимости от клинической ситуации, френотомии (рассечение уздечки), френэктомии (иссечение уздечки), френулопластики (перемещении участка крепления уздечки верхней губы).

Мне понятны последствия отказа от операции: хроническая травма уздечки, нарушение трофики тканей периодонта, деформация прикуса, дефекты речи, функциональные нарушения сосания и глотания.

Пластика уздечки языка.

Я проинформирован(а) о поставленном диагнозе и необходимости проведения операции пластики уздечки губы, что операция будет проводиться под местной анестезией, с использованием хирургического инструмента или лазера, путем проведения, в зависимости от клинической ситуации, френотомии (рассечение уздечки), френэктомии (иссечение уздечки), френулопластики (перемещении участка крепления уздечки).

Мне понятны последствия отказа от операции: хроническая травма уздечки, деформация прикуса, дефекты речи, функциональные нарушения сосания и глотания.

Для всех видов операций я подтверждаю, что понял, дополнительно к вышеописанному в соответствующем месте, нижеследующее:

Я соглашаюсь с тем, что при надлежащем выполнении медицинского вмешательства в редких случаях во время хирургической операции и в послеоперационном периоде возникают нижеперечисленные явления:

- болевые ощущения в течение послеоперационного периода;

- сохранение припухлости мягких тканей;

- повышение температуры и наличие общих симптомов интоксикации;

- ограничение открывания рта, увеличение лимфатических узлов;

- повреждение имеющихся зубов, переломы кости верхней и нижней челюсти, повреждение дна гайморовой пазухи;

-
_____;

- я понимаю, что слабое кровотечение или сукровичное отделяемое является нормальным в течение нескольких часов после операции. В случае появления кровоточивости, мне необходимо сплевывать сукровичное отделяемое (во избежание возможной тошноты), а при значительной кровоточивости я обязуюсь срочно связаться и прибыть на осмотр к врачу.

Я понимаю, что курение, приём алкоголя, употребление сахара, могут повлиять на заживление и снижают успех лечения. Я согласен выполнять рекомендации моего врача по приёму лекарственных препаратов в послеоперационном периоде, по уходу за полостью рта и регулярно приходить на контрольные осмотры (по графику, оговоренному с врачом и записанному в медицинской карте стоматологического больного).

Я подтверждаю, что уведомил(а) лечащего врача: о приеме препаратов, разжижающих кровь (НПВС, антикоагулянты); о повышенном артериальном давлении; для женщин - наличие в настоящий момент месячных.

Я информировал врача обо всех случаях аллергии на медикаментозные препараты, пищу, укусы насекомых, анестетики, пыль в прошлом и настоящее время. Я обязуюсь незамедлительно сообщать моему лечащему врачу обо всех изменениях моего здоровья.

Мне разъяснена необходимость применения обезболивания (местной или проводниковой анестезии) с целью обезболивания медицинских манипуляция. Анестезия проводится в области выполняемой манипуляции и предусматривает одну или несколько инъекций (уколов) с использованием одноразовых игл и карпул. Длительность эффекта может варьироваться от 15 мин до нескольких часов в зависимости от вида анестетика, области и вида обезболивания и индивидуальной восприимчивости организма, проявляется в потере чувствительности в необходимой области, временном ощущении припухлости, распирания.

Мне разъяснено, что применение анестезии может привести в редких случаях к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных волокон и другим осложнениям, вероятность развития которых невозможно предвидеть. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, отчетность в области лица, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

Мне понятно, что в ближайшее время после окончания лечения анестезия еще может продолжать действовать, поэтому мне рекомендовали воздерживаться от приема пищи после того, как я покину клинику, строго до окончания онемения, поэтому я соглашаюсь с тем, что в случае нарушения рекомендаций и приеме пищи, в результате онемения слизистой, возможно накусывание слизистой щек с образованием ссадин на слизистой.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ, в результате во время лечения могут быть болевые ощущения.

Мне разъяснено, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических

веществ. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время приема анальгетиков и антибиотиков. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, о всех имеющихся у меня заболеваниях. Я подтверждаю, что в Анкете назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы специалистов, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья.

Мне понятно, что на следующий день после операции может появиться небольшой отек мягких тканей лица, прилегающих к месту операции, небольшое повышение температуры, а также онемение в отдельных участках кожи - это нормальная реакция организма на хирургическое вмешательство. Последующие 3-4 дня отек и другие симптомы могут держаться, постепенно исчезая.

Я обязуюсь строго следовать следующим рекомендациям после операции:

- прикладывать холод на 10-15 минут к прооперированной области каждые 1-1,5 часа в течение первого дня после операции;

- спать следует на противоположной стороне или на спине;

- начиная со дня операции и в последующие 7-14 дней необходимо проводить «ротовые ванночки» с раствором хлоргексидина (перманганата калия) и растворами / настоями ромашки или шалфея (не спиртовыми!) после каждого приема пищи по 1 мин, но не более 5 раз в день;

- после операции ткани в прооперированной области становятся слишком чувствительными, поэтому необходимо на 2-3 недели исключить из рациона твердую и раздражающую пищу (содержащую уксус, острые специи, и т.п.), раздражающие соки.

- область проведенной операции до восстановления целостности ткани нельзя травмировать зубной щеткой.

Я информирован(а) о необходимости в течение 24 часов после операции соблюдать полный покой: не работать и не управлять автомобилем, не жевать и не разговаривать; соблюдать щадящую (жидкую) диету и гигиену полости рта.

Я понимаю необходимость рентгенологического исследования челюстей до лечения, во время лечения и при проведении периодических контрольных осмотров и согласен(а) на его проведение. Я информирован(а), что при отказе от рентгенологического обследования врач не сможет провести качественное гарантированное лечение и исключить осложнения после лечения. Я информирован(а) о противопоказаниях и возможных осложнениях рентгенологического обследования. Мне сообщено, что при проведении рентгеновского обследования соблюдаются необходимые меры радиационной безопасности и предоставляются индивидуальные средства защиты. Доза моего облучения во время обследования буде зарегистрирована медицинской карте в Листе учета дозовых нагрузок при проведении рентгеновского обследования.

Я получил(а) полную информацию о гарантийных обязательствах на лечение и соглашаюсь с установлением гарантийного срока и срока службы на оказанные услуги, равными каждый одному дню, так как невозможно прогнозировать индивидуальную реакцию организма на хирургическое лечение.

Я понимаю, что в случае возникновения осложнений указанного заболевания, о которых я информирован(а) в настоящем документе и которые возникли вследствие естественных изменений моего организма, стоимость повторного лечения взимается на общих основаниях в полном объеме.

Мною заданы интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснение на них. Я понял значение всех слов и медицинских терминов, имеющихся в настоящем документе.

Я разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство для проведения мне хирургической операции на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / /

(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / /

(подпись врача) (ФИО)

Дата « » _____202_ г