

что потребует дополнительной диагностики и лечения. Диагностика и лечение в период неприживления зубного имплантата в условия клиники для меня будет проведено без оплаты. В случае, если я, в силу разных обстоятельств, (командировка, отдых и т.п) буду проводить диагностику и лечение данных осложнений в другом медицинском центре, то дополнительные медицинские вмешательства вне Киришской стоматологической поликлиники я буду оплачивать самостоятельно, и Киришская стоматологическая поликлиника мне дополнительно потраченную сумму не компенсирует.

Мне объяснили гарантии: операция будет проведена строго по протоколу лечения, с соблюдением всех норм асептики и антисептики, будут применены инструменты и имплантаты, материалы, которые имеют все необходимые разрешительные документы МЗ РФ.

Гарантийные сроки и сроки службы на «приживление» после протезирования не устанавливаются, т.к. данные сроки во многом зависят от возможных изменений состояния организма пациента, сопутствующих заболеваний (которые есть или могут появиться). Мне объяснили, что на данном этапе развития современной медицины нет тестов, по которым можно прогнозировать, предвидеть, как данные заболевания напрямую или косвенно отразятся на плотности кости и десны вокруг имплантата, что в целом определяет сроки службы имплантатов.

В тоже время - в случае неприживления зубного имплантата до начала протезирования, мне вновь бесплатно установят такой же имплантат или вернут внесенные в кассу поликлиники деньги в размере стоимости операции по установке имплантата.

Я знаю, что при появлении непонятных мне явлений дискомфорта в полости рта или во всем организме после операции, мне необходимо позвонить врачу в Киришскую стоматологическую поликлинику по тел. 210-56, 205-77.

Я понимаю, что не всегда возможно определить реакцию организма на введение лекарственных препаратов, на проведенную операцию и на материал имплантата. Мне сообщено, что в случае появления негативных реакций на проведенное лечение, для устранения возможных осложнений или обострения имеющихся хронических заболеваний в моем организме, может понадобиться дополнительная консультация, обследование, лечение у других врачей общемедицинского профиля и я согласен (на) самостоятельно оплачивать такое обследование, лечение.

Мне сообщено, что после протезирования на имплантате, иногда, вокруг него (в 2-3% случаев) возникает воспаление тканей десны и кости, которое требует дополнительного лечения. Для раннего выявления возможного воспаления и принятия профилактических мероприятий я должен (на) один раз в 12 месяцев ежегодно приходить на бесплатный профилактический осмотр к хирургу-стоматологу, ортопеду, и при наличии показаний провести рентгенологическое исследование челюстей. До меня доведено, что плохая гигиена полости рта, курение на 10% увеличивает риск отторжения имплантата и способствует развитию воспаления десны.

Мне понятна необходимость обязательного выполнения рекомендаций и назначений врача в послеоперационный период, которые указаны в памятке (выписке) пациенту после операции.

Данную памятку (выписку) получил, указанная в ней информация мне понятна.

Я знаю, что установив имплантат (ты) в Киришской стоматологической поликлинике должен (на) буду протезироваться только в этой же клинике. После установки зубных имплантатов протезирование необходимо начать через 3-5 месяцев.

В стоимость операции не входит стоимость абатмента(ов) (головки) и необходимых для протезирования дополнительных деталей, а также не входит стоимость протеза.

Стоимость стоматологической услуги - операции зубной имплантации и установка образователя (образователей) десны оплачивается по прайсу Киришской стоматологической поликлиники на день оказания услуги.

Данную информацию, в понятной для меня форме предоставил стоматолог _____

Мне ответили на все мои вопросы. Взвесив ЗА и ПРОТИВ, я принимаю решение о проведении основного плана лечения, операции.

.Подпись врача _____ Подпись пациента _____ (_____)

«_____» _____ 20 ____ г.