

Приложение к договору 3.9

**Информационное согласие
на проведение операции по костной пластике.**

Я был(а) проинформирован(а) и понимаю, что с потерей костной ткани установка имплантатов в области отсутствующих у меня зубов невозможна. Для проведения имплантационного лечения необходимо провести хирургическое вмешательство, направленное на восстановление объема костной ткани. Существует много методик проведения данного вмешательства.

Я соглашаюсь на методику на выбор моего врача, ознакомившись с ней и альтернативными методиками, а также с другими методами лечения.

Я был(а) предупрежден(а) о возможных рисках и осложнениях:

- 1) кровоточивость;
- 2) кровоизлияния в ткани;
- 3) инфицирование раны;
- 4) потеря костного материала;
- 5) экспозиция мембраны, что требует повторного вмешательства для её удаления;
- 6) повреждение зубов, которые прилегают к области вмешательства.

Кроме этого, хирург не может гарантировать успешность результата наращивания кости в области альвеолярного отростка.

Я дал(а) точные данные о своём психическом и физическом здоровье, а также обо всех аллергических реакциях и других заболеваниях.

Я знаю, что в случае возникновения осложнений клиника берёт на себя ответственность их возможного устранения.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом, который является неотъемлемой частью истории болезни, и понимаю, что он имеет юридическую силу, несёт для меня правовые последствия и я даю согласие на проведение операции.

Дата _____

Пациент _____
(фамилия, подпись)