

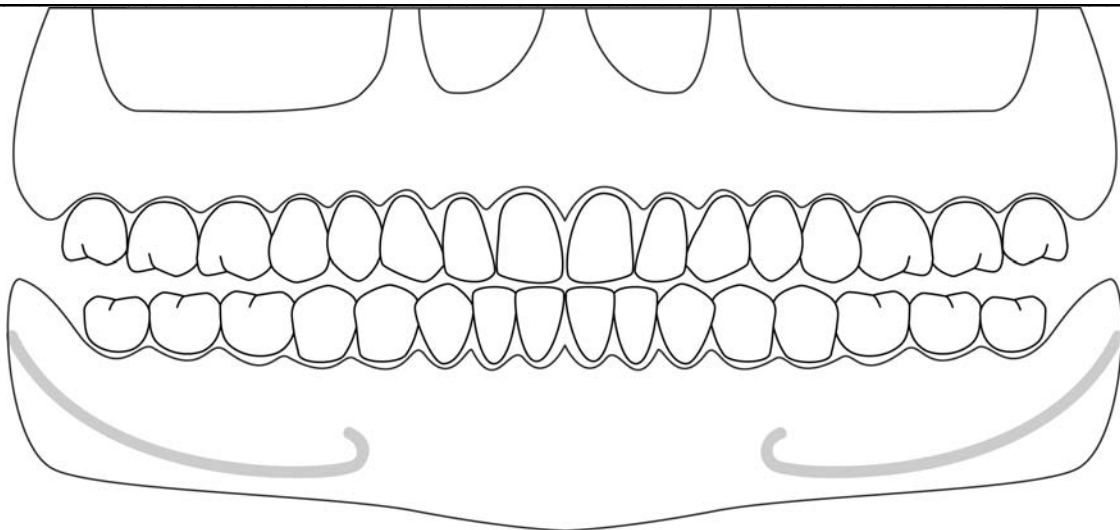
# ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
 ПОЛ    МУЖ.     ЖЕН.     ВОЗРАСТ \_\_\_\_\_    ВЕС \_\_\_\_\_  
 ТЕЛ. \_\_\_\_\_    АДРЕС \_\_\_\_\_



**Пожалуйста, отметьте из перечисленного то, чем страдаете:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Опухолевые заболевания (были, есть)                                       | <input type="checkbox"/> Высокое кровяное давление | <input type="checkbox"/> Ревматизм      |
| <input type="checkbox"/> Болезни сердца или инфаркт  | <input type="checkbox"/> Болезни печени            | <input type="checkbox"/> Болезни почек  |
| <input type="checkbox"/> Неврологические состояния   | <input type="checkbox"/> Туберкулез                | <input type="checkbox"/> Болезни легких |
| <input type="checkbox"/> Желудочно-кишечные заболевания  | <input type="checkbox"/> Диабет                    | <input type="checkbox"/> Эпилепсия      |
| <input type="checkbox"/> Испытывали ли Вы воздействие ионизирующего излучения                      |  | <input type="checkbox"/> Гепатит        |
| <input type="checkbox"/> Были ли у Вас оперативные вмешательства в области головы и шеи            |  | <input type="checkbox"/> Курение        |
| <input type="checkbox"/> Перечислите все принимаемые вами в настоящее время лекарства _____        |  |   |
| <input type="checkbox"/> Аллергические реакции (если есть, укажите на что) _____                   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Другие заболевания или проблемы, которые могут заинтересовать врача _____ |  |   |



Дата установки						
Данные имплантата						
Локализация						
Дата установки						
Данные имплантата						
Локализация						

---



---



---



---



---

## **ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН:**

### **Исполнитель обязан:**

- проинформировать пациента о возможных осложнениях стоматологической имплантации как в реабилитационный период, так и в последующее время;
- проинформировать пациента о гигиене полости рта и профилактических мероприятиях при пользовании протезами с опорой на имплантаты;
- проводить осмотры пациента в послеоперационный период;
- в случае неудачной имплантации в течение первого года со дня операции по желанию пациента операция имплантации либо повторяется бесплатно, либо ему возвращается номинальная стоимость медицинской услуги за вычетом стоимости расходных материалов, медикаментов и имплантатов.

### **Пациент обязан:**

- ознакомиться и подтвердить собственную ответственность за объективность информации, представленной в карте;
- выполнять все врачебные рекомендации;
- посещать врача в назначенные дни для контрольных и профилактических осмотров, не допуская пропусков;
- в случае выявления каких-либо недостатков, связанных с имплантацией, незамедлительно обратиться к оперировавшему врачу, не прибегая к помощи других лечебных учреждений;
- получить весь объем комплексных лечебных мероприятий, связанных с имплантацией, только у Исполнителя.

### **ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**

- при возникновении медицинских осложнений по вине пациента из-за несоблюдения гигиенических мероприятий, неявок пациента на взаимосогласованные приемы Исполнитель не несет финансовой ответственности;
- конструкция зубного протеза определяется Исполнителем. Если пациент настаивает на конструкции или особенностях, которые по медицинским показаниям недопустимы, договор расторгается, и пациент несет финансовые расходы по проведенному лечению.

Я осведомлен(а) о том, что предлагаемое мне лечебное мероприятие проводится под местной анестезией. Я информирован(а) также о способе, цели и характере предполагаемого хирургического вмешательства, а также об основных преимуществах, недостатках, осложнениях и риске зубной имплантации. При этом мне известны другие возможные способы лечения без применения зубных имплантатов. Мне известно, что по обстоятельствам только во время оперативного вмешательства может выявиться необходимость в расширении, изменении или отказе от запланированного лечебного мероприятия.

Я не возражаю, если во время процедур будет осуществляться фото- и видеомакросъемка для медицинских целей.

Все мои вопросы были удовлетворены. Мне известно, что до операции я могу отменить данное мною согласие на проведение зубной имплантации.

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 200\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Подпись врача \_\_\_\_\_