



И Н Ф О Р М И Р А Н О С Ъ Г Л А С И Е

ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИМПЛАНТОЛОГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ С ТИТАНОВИ ЗЪБНИ ИМПЛАНТАТИ

Долуподписания/ата.....

Декларирам, че съм информиран/а от Д-р
относно характера на имплантологичната интервенция. Специално
декларирам, че разбирам необходимостта от поставяне на титанови имплантати в
челюстните кости, за да може да се постигне заместване на липсващите естествени
зъби с неподвижни протези /или с подвижни цели протези.

ДЕКЛАРИРАМ:

1. Че съм информирал/а лекаря за здравословното ми състояние, и по-
специално му потвърдих, че не страдам от сърдечни заболявания, високо или ниско
кръвно налягане, дихателни смущения, бъбречни, чернодробни, алергични
заболявания /към лекарства, упойки или към храни и полени/ или диабет.

2. Че страдам от следните заболявания и приемам следните лекарства:

.....
.....

3. Че съм информиран/а за възможните рискове от операцията и
евентуалните усложнения като: оток – подуване, болки след интервенцията,
инфекции, неволно перфориране на горно-челюстните синуси, раздразване или
нараняване на нервни влакна на долната челюст.

4. Да бъда запознат/а, че в редки случаи, може да се стигне до загуба на
имплантати поради перимплантити – възпалителни инфекции на около
имплантатните тъкани, които не се задълбочават. Загубеният имплантат може да
бъде заместен след адекватно почистване и зарастване на мястото.

5. Да съм информиран/а, че в устната кухина присъстват множество типове
микроорганизми и антибиотичното лечение служи за да унищожи за кратък период
някои от тях, докато други не биват поразени и остава винаги риска от инфекции.

6. Имплантите могат да се провалят също и при лицеви травми или при
неоткрити алергии към редки метали.

7. Да бъде наясно, че една лоша устна хигиена, тютюнопушенето, прекомерната употреба на захарни изделия, бактериалната плака и използването на упойващи вещества /дрога/, имат вредни въздействия върху лигавицата и костите и могат да доведат до неуспех на имплантатите.

8. Да бъде информиран/а, че е от особена важност да следвам предписаното антибиотично и противовъзпалително лечение, както и да започна с него от деня преди операцията с оглед избягване на инфекции и намаляване до минимум на усложненията и смущенията след интервенцията. Важно е лекарят да бъде информиран за всяка аномалия през следоперативния период, като малки кръвоизливи, гнойно течение от раната или болки на мястото на операцията.

9. Че съм информиран/а за необходимостта от провеждането на контролни прегледи на всеки 6 месеца при зъболекаря, с цел рентгеново и клинично наблюдение на извършената от професионалиста работа, както и необходимостта да го информирам за всеки проблем, евентуално възникнал през годините, отнасящ се до имплантопротезната конструкция.

Дата.....

Пациент: Подпис.....

Орален хирург д-р..... Подпис.....