

**ДЕКЛАРАЦИЯ**

за

**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**

Долуподписаният/-ната .....

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 бъда 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 бъда 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: ..... Орален хирург .....

/Подпис/

/Подпис/