

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

**Информированное согласие Пациента на установку  
ортодонтических микроимплантатов**

Я \_\_\_\_\_  
признаю, что план ортодонтического лечения с использованием микроимплантатов помогает  
осуществить необходимое перемещение моих зубов, как это было объяснено мне доктором  
\_\_\_\_\_.

Я понимаю, что доктор \_\_\_\_\_ будет использовать  
эти  
микроимплантаты для создания дополнительной опоры, потому что число/ и особенности  
положения моих зубов препятствует их эффективному ортодонтическому  
перемещению.

Мне сказали, что, возможно потребуется установка 1, 2, 3, 4 микроимплантатов, а  
также, что хирург-стоматолог будет располагать их в надлежащем положении или в области  
нёба, или между моими зубами на верхней и / или нижней челюсти.

Доктор \_\_\_\_\_ объяснил мне,  
что установка микроимплантатов будет проведена с использованием местной анестезии и  
показал мне схематические картины этой процедуры.

Я знаю список причин, по которым иногда процесс микроимплантации терпит неудачу, и  
я понимаю, что успешное использование каждой процедуры по установке  
микроимплантатов не гарантируется.

Я понимаю, что некоторые из рисков, которые могут произойти, включают:

1. Инфицирование участка, где был размещен микроимплантат.
2. Поломка микроимплантата.
3. Излишняя подвижность микроимплантата.
4. Возможное повреждение корней соседних зубов во время установки

микроимплантата.

Ф.И.О. Пациента: \_\_\_\_\_

Подпись пациента: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_