

## Въпроси относно здравословното състояние на пациента

Трите имена: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ год.

**Задраскайте с кръстче върното квадратче. Ако отговорът Ви е „ДА”, моля пояснете!**

1. Приеман/а ли сте по някакъв повод в болнично заведение? Какъв? Кога? НЕ  ДА  \_\_\_\_\_
2. Ако сте опериран/а, имали ли сте проблеми с анестезията /упойката/? Какви? НЕ  ДА  \_\_\_\_\_
3. Имате ли бронхит, астма или друго белодробно заболяване? НЕ  ДА  \_\_\_\_\_
4. Имате ли високо кръвно налягане или друго сърдечно-съдово заболяване? Какви лекарства приемате? НЕ  ДА  \_\_\_\_\_
5. Имате ли анемия или други кръвни заболявания? Кървите ли продължително при нараняване? НЕ  ДА  \_\_\_\_\_
6. Клапно протезиране на сърцето / стент / пейсмейкър / изкуствена става /? НЕ  ДА  \_\_\_\_\_
7. Имате ли доказани заболявания на храносмилателната система – гастрит, колит, язва или на черния дроб жлъчката и жлъчните пътища ? НЕ  ДА  \_\_\_\_\_
8. Имате ли бъбречно заболяване? НЕ  ДА  \_\_\_\_\_
9. Имате ли често главоболие, виене на свят, припадъци, двойно виждане? НЕ  ДА  \_\_\_\_\_
10. Имате ли прекарани мозъчни заболявания – инсулт, менингит, травми на главата? НЕ  ДА  \_\_\_\_\_
11. Обръщали ли сте се по някакъв повод към психиатър? НЕ  ДА  \_\_\_\_\_
12. Имате ли диабет /захарна болест/? Какви медикаменти приемате? НЕ  ДА  \_\_\_\_\_
13. Приемате ли редовно някакви лекарства, включително, но не само, такива за сън и успокоение? НЕ  ДА  \_\_\_\_\_
14. Имате ли диабет /захарна болест/? Какви медикаменти приемате? НЕ  ДА  \_\_\_\_\_
15. Прекарани онкологични заболявания/ Лъчетерапия / химиотерапия? НЕ  ДА  \_\_\_\_\_
16. Вредни навици / тютюнопушене / алкохол / наркотици / опиати? НЕ  ДА  \_\_\_\_\_
17. **(За жени)** Бременна ли сте?/ Кърмите ли? В цикъл ли сте? Приемате ли противозачатъчни? НЕ  ДА  \_\_\_\_\_
18. Имате ли **алергия** към храни, лекарства, други вещества, ухапване от насекоми и др.? НЕ  ДА  \_\_\_\_\_
19. Добавете нещо, което не е споменато в анкетния лист: НЕ  ДА  \_\_\_\_\_

**Получената от Вас информация е медицинска тайна. Тя ще бъде използвана само във Ваш интерес, съгласно действащото законодателство. Неправилните отговори или укрита информация са във Ваша вреда и могат да възникнат рискове за Вашето здраве и живот!**

**Наличието на някои общи заболявания и вредни навици особено тютюнопушене/ сериозно увеличават риска при хирургични и имплантологични интервенции и може да доведат до неблагоприятен резултат от Вашето лечение!**

**ПАЦИЕНТ:** дата (.....) подпис: .....

**И Н Ф О Р М И Р А Н О С Ъ Г Л А С И Е  
ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИМПЛАНТОЛОГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ**

Долуподписаният/та.....,  
ЕГН/ID..... Телефон/e-mail за връзка:...../.....

**ДЕКЛАРИРАМ:**

1. Че съм информиран/а за възможните рискове от операцията и евентуалните усложнения като: оток – подуване, болки след интервенцията, инфекции, неволно перфорирани горно-челюстните синуси, раздразване или нараняване на нервни влакна.
2. Че съм запознат/а, че в редки случаи, може да се стигне до загуба на имплантати поради перимплантити – възпалителни инфекции на около имплантатните тъкани.
3. Че 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 повлияни и остава известен риск от инфекции.
4. Че съм информиран/а, че до загуба на имплантите може да се стигне също и при лицеви травми или при неоткрити алергии към редки метали.
5. Че съм информиран/а, че лошата устна хигиена, някои общи заболявания, тютюнопушене и използване на упойващи вещества /наркотици/, могат да доведат до неуспех на имплантологичното лечение.
6. Че съм информиран/а, че е от особена важност да следвам предписаното антибиотично и противовъзпалително лечение (ако ми е предписано такова. 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.
7. Че съм информиран/а за необходимостта от провеждането на контролни прегледи на всеки 6 месеца както и необходимостта да информирам лекуващия лекар по дентална медицина за всеки проблем, евентуално възникнал, отнасящ се до имплантопротезното лечение.
8. Информирани съм и съм съгласен/на със стойността на лечението.

В качеството ми на пациент съм информиран/а лично от своя лекуващ дентален лекар, д-р..... при проведената ни разговор за всичко, касаещо моето здравословно състояние, диагноза и предлагано лечение, на напълно разбираем за мен език, като имах възможност да задам въпроси и попитам всичко, което смятах за важно, за да взема своето информирано решение за денталното ми лечение. Специално декларирам, че разбирам необходимостта от поставяне на титанови имплантати в челюстните кости, за да може да се постигне заместване на липсващите естествени зъби. В тази връзка:

**I. ДАВАМ ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ за провеждане на следното лечение:**

**1. Горна челюст:**

- 1.1 Поставяне на .....(.....) броя титаниев/и винтов/и имплант/и в областта на зъб/и: .....
- 1.2 Поставяне, при установена в хода на имплантирането необходимост, на изкуствена кост и мембрана-ДА/НЕ (**невярното се задрасква**)
- 1.3 Костна аугментация в областта на :..... ДА/НЕ (**невярното се задрасква**)
- 1.4 Синус лифт: закрит/открит, в ляво/дясно ДА/НЕ (**невярното се задрасква**)

**2. Долна челюст:**

- 2.1 Поставяне на .....(.....) броя титаниев/и винтов/и имплант/и в областта на зъб/и: .....
- 2.2 Поставяне, при установена в хода на имплантирането необходимост, на изкуствена кост и мембрана-ДА/НЕ (**невярното се задрасква**)
- 2.3 Костна аугментация в областта на :..... ДА/НЕ (**невярното се задрасква**)

**II** Информирани съм и давам съгласие предоставените от мен лични данни да бъдат съхранявани и обработвани, съгласно разпоредбите на Регламент (ЕС) 2016/679 на Европейския парламент и на Съвета (GDPR), Закона за защита на личните данни и указанията на Комисията за защита на личните данни.

**Декларатор:** ...../...../дата:..... **Лекар:**.....  
(фамилия, подпис,) (подпис)