

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
«Комплекс профессиональной гигиены зубов»**

Этот документ свидетельствует о том, что мне в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Подписание Вами данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____,
(Ф.И.О. пациента либо законного представителя пациента – полностью, год рождения)

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____
являюсь законным представителем _____ Ф.И.О. несовершеннолетнего пациента _____, дата рождения Пациента: _____

даю согласие на проведение лечебных манипуляций по профессиональной гигиене зубов, которые включает в себя контролируруемую чистку зубов, удаление зубных отложений методом _____, шлифовку и полирование зубов, наложение лечебной пасты (флюоризацию). Я понимаю, что в результате процедуры эмаль зубов приобретает естественный цвета за счет удаление зубных отложений, при этом для осветления зубов применяется иные процедуры (отбеливание и пр.).

Мне были даны подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и альтернативных методах лечения, направленных на гигиену зубов и десен. Меня предупредили, что в случае чувствительности зубов и десен необходимо проведение обезболивания до проведения процедур.

Я соглашаюсь с тем, что при проведении лечебных манипуляций возможны дискомфортные ощущения во рту и болезненность самих процедур и небольшая кровоточивость, вызванные исходным состоянием десен.

Я соглашаюсь с тем, что после процедур возможно возникновение следующих явлений, которые пройдут самостоятельно в срок от нескольких часов до нескольких дней:

- повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям;
- отек (припухлость) и кровоточивость десны и мягких тканей;
- растрескивание уголков рта вследствие их натяжения во время манипуляций.

Я соглашаюсь с тем, что во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или аппарата Air-Flow существует вероятность выпадения дефектных пломб (с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов) и появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

Я понимаю, что профессиональную гигиену необходимо выполнять два раза в год, при этом самостоятельно чистить зубы не менее трех раз в день.

В случае если пациент находится на ортодонтическом лечении, профессиональная гигиена требуется каждые 3-4 месяца, если в плане не прописано иное.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время, а так же о всех имеющихся у меня заболеваниях.

Понимая сущность предложенного лечения и уникальность собственного организма, я согласен(а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения. Я понимаю, что ожидаемый мной результат лечения не гарантирован, однако мне гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, применение им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Мною заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы и разъяснения на них. Мне понятно значение всех слов и медицинских терминов, имеющих в настоящем документе.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, договора на оказание платных стоматологических услуг и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.

Я подтверждаю свое согласие на проведение процедур профессиональной гигиены зубов на предложенных условиях.

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

« _____ » _____ 20__ г.

Беседу провел врач _____ / _____ (подпись, Ф.И.О.)

Пациент согласился на медицинское вмешательство _____ (подпись)

Пациент отказался от медицинского вмешательства _____ (подпись)