

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на проведение медицинского вмешательства:**

профессиональная гигиена полости рта

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.20  
ФЗ от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О. пациента, число, месяц, год рождения)

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_,  
(адрес места жительства гражданина)

Я проинформирован(а) о необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта. Я проинформирован (а), что последствиями отказа от медицинского вмешательства могут быть: развитие и обострение имеющихся заболеваний пародонта, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета, развитие кариеса зубов и его осложнений вплоть до потери зубов. Я информирован (а), что для сохранения здоровья моих зубов и десен необходимо проводить профессиональную гигиену полости рта не реже 1 раза в 3,6,9,12 мес. Кратность визитов подбирается врачом стоматологом/гигиенистом индивидуально для каждого пациента и зависит от имеющейся патологии, ее тяжести и от общего состояния организма. Мне понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом-стоматологом/гигиенистом стоматологическим. Я понимаю важность регулярной профилактической профессиональной гигиены полости рта и осмотров врача-стоматолога/гигиениста стоматологического. По вопросу о гарантиях на результаты лечения мне сообщено о невозможности обозначения сроков по причине специфики как самой процедуры, так и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, наличие вредных привычек). Я понимаю, что при несоблюдении мною рекомендаций врача-стоматолога/гигиениста стоматологического в домашних условиях и/или несоблюдении интервалов контрольных визитов уменьшаются или аннулируются гарантийные сроки и сроки службы реставраций, коронок. Я согласен (а), что при необходимости врач-стоматолог может поставить мне анестезию. Я предупрежден (а) о возможных осложнениях после проведения анестезии: отек мягких тканей, появление гематомы, временное нарушение чувствительности губ, языка, подбородка, щеки, зубов, снижение внимания, аллергические реакции на обезболивающие препараты.

Я подтверждаю, что при медицинском осмотре назвал(а) все известные имеющиеся у меня болезни, недуги и состояния. Я подтверждаю, что добросовестно ответил(а) на все вопросы, не скрыв никакой информации о состоянии своего здоровья. Если я умолчал (а) о наличии у меня каких-либо аллергических реакций, я беру на себя полную ответственность в случае осложнений от проведения анестезии.

Я имел(а) возможность задавать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

Я внимательно ознакомился (ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет правовые последствия.

Настоящее информированное добровольное согласие является неотъемлемой частью моей медицинской карты и действительно на время действия договора на оказание мне стоматологических услуг в ООО СЦ «Детский Жемчуг».

**Я ПОДТВЕРЖДАЮ, ЧТО ЛИЧНО ПРОЧИТАЛ ДОКУМЕНТ И ДАЮ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВЫШЕОГОВОРЕННОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО.**

Пациент \_\_\_\_\_  
Фамилия И.О. пациента или законного представителя \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Беседу провел врач \_\_\_\_\_  
Фамилия И.О. врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

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

Примечание: при приеме детей до 18 лет обязательно подписывается родителем (опекуном)