

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ГИГИЕНУ ПОЛОСТИ РТА**
(в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
"__" _____ года рождения, проживающий (ая) по
адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан
Я, _____
Паспорт: _____, _____ выдан _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — *нужное подчеркнуть*) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина -полностью, год рождения)

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить стоматолог-_____ (далее по тексту - врач): _____

(ФИО, должность)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата производится в день проведения медицинского вмешательства по прејскуранту Клиники.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

№	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1			

Профессиональная гигиена полости рта - комплекс профилактических мероприятий, направленных на оздоровление органов и тканей полости рта и профилактику возникновения и развития стоматологических заболеваний. Профессиональная гигиена полости рта заключается в снятии мягкого и пигментированного налета, удаления наддесневых и/или поддесневых зубных отложений (зубного камня) и нехирургическом лечении десен, а также включает в себя глубокое фторирование и применение герметиков при повышенной чувствительности зубов.

Мне разъяснено, то профессиональная гигиена полости рта является обязательной процедурой перед лечением и удалением зубов, имплантацией, ортопедическим лечением, профессиональным отбеливанием и другим лечением.

Я проинформирован (а), что профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью курса лечения заболевания пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса.

Я информирован (а), о том что, врач самостоятельно определяет методику проведения профессиональной гигиены полости рта учитывая все показания и противопоказания.

Мне разъяснено, что в случае применения аппаратных методик гигиены полости рта, имеются следующие противопоказания: наличие дентальных имплантов в полости рта; беременность; острые инфекционные заболевания; тяжелая сопутствующая патология, в том числе, сахарный диабет, бронхиальная астма; сердечно-сосудистые заболевания, сопровождающиеся аритмией.

Также, процедура противопоказана при: истончении, эрозии эмали; стоматите; обострении хронических воспалительных процессов.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом в запланированные сроки.

Я проинформирован (а), что негативными последствиями частичного или полного отказа от медицинского вмешательства могут быть: прогрессирование заболевания пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета, развитие осложнений заболевания и связанная с этим потеря зубов.

Я информирован (а) о факторах риска, о возможных вариантах последствий (осложнений), несмотря на минимизацию риска их наступления и понимаю, что проведение вмешательства сопряжено с: болью, отеком десны и мягких тканей, выпадением дефектных пломб. После лечения возможно повышение чувствительности зубов (к химическим, термическим и иным раздражителям), болезненные ощущения в дёснах, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корней зубов, и др.

Мне разъяснено, что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о невозможности обозначения сроков гарантии по причине специфики данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки).

Я предупреждён (а) и осознаю, что отказ от медицинского вмешательства, его прекращение по моему требованию, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций врача, режима приёма препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Чтобы способствовать своевременному обнаружению осложнений и избежать их усугубления, я обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Мне разъяснено, что в процессе проведения манипуляции несовершеннолетнему пациенту, а также пациенту, страдающему расстройством аутистического спектра, возможны: приступы агрессии/паники, громкий крик, пациент может нанести вред себе и окружающим, проявить другие нестандартные поведенческие реакции.

В доступной для меня форме мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (*ненужное зачеркнуть*):

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

Я подтверждаю, что:

Мне разъяснено: о необходимости и частоте проведения профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным планом профилактических мероприятий, рекомендованных мне лечащим врачом; о допустимости коррекции назначенного плана и технологий в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения по рекомендованному мне плану профилактических мероприятий; о возможных альтернативных вариантах лечения; о возможности в результате проведения гигиенической чистки осветления только до натурального цвета, так как эта процедура не относится к отбеливающим технологиям.

Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур; стоимость процедур.

Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я понимаю, что во время манипуляции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и ситуации, которые могут потребовать изменения плана лечения, применения дополнительных методов, чтобы получить по возможности лучший результат, поэтому уполномочиваю врача и выбранных им помощников осуществить это.

Я даю согласие на фотографирование (без лица) зубных рядов при оказании мне (представляемому) стоматологических услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью Клиники.

Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

(ФИО пациента)

(подпись)

(ФИО медицинского работника)

(подпись)

«__» _____ 20 _____ г. (дата оформления)