

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ
СОГЛАСИЕ НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПРОЦЕДУРУ ПО СНЯТИЮ ЗУБНЫХ ОТЛОЖЕНИЙ**
(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: _____

<p><i>Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан</i></p> <p>Я, _____ Паспорт: _____, _____ выдан _____</p> <p><i>являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:</i></p> <p style="text-align: center;">(ФИО ребенка или недееспособного гражданина -полностью, год рождения)</p>

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

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.
Оплата за медицинское вмешательство производится в день проведения по прейскуранту Клиники.
Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

№	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1			

Мне разъяснено, что профессиональная гигиена полости рта заключается в снятии зубных отложений (зубного налета (зубной бляшки), зубного камня) и представляет собой совокупность процедур, направленных на удаление с поверхности зуба известковых отложений с целью улучшения внешнего вида и поддержания здорового состояния десен и зубов, хорошее состояние пломб и протезных конструкций, предупреждения развития стоматологических заболеваний.

Я информирован(а) о том, что существует два вида зубных отложений:

- **мягкие зубные отложения**, которые в основном состоят из мелких остатков пищи, органических соединений и микроорганизмов;
- **твёрдые зубные отложения**, которые сформировались из мягких отложений путём постепенного затвердевания.

Я также информирован(а) о том, что зубные отложения являются не только косметической проблемой (особенно при окрашивании красителями, содержащимися в кофе, чае, сигаретном дыме), в связи с которой изменяется цвет и структура зубов, появляется неприятный запах изо рта (из-за размножения микрофлоры). В твердом и в мягком зубном налете содержится огромное количество микроорганизмов, которые могут стать причиной воспалительных заболеваний в полости рта, в т.ч. и опорного аппарата зубов - пародонта. Воспалению десны, помимо бактериального фактора, способствует и раздражение края десны зубным камнем.

Мне разъяснено, что снятие зубных отложений является обязательной процедурой при лечении гингивита и пародонтита, а также для их профилактики ещё до появления характерных признаков болезней пародонта в виде неприятного запаха из рта, кровоточивости десен, расшатывания зубов и др.

Мне разъяснено и понятно, что последствиями отказа от проведения процедуры снятия зубных отложений могут быть: возникновение пародонтита, гингивита, кариеса зубов, воспаление и кровоточивость десен, расшатывание зубов, неприятный запах изо рта.

Мне разъяснено, что лечение зубных отложений представляет собой их удаление. В зависимости от вида зубного налета (мягкого поверхностного налета, окрашенного въевшегося налета, налета курильщика, наддесневого и поддесневого камня, их сочетание) лечение заключается в снятии зубных отложений посредством воздействия на зуб ручными стоматологическими инструментами либо с применением ультразвукового воздействия, включая обработку корня зуба, неровностей пломб и сколов эмали с дальнейшей шлифовкой и полировкой поверхности зубов. Для полировки применяются специальные зубные пасты с разной абразивной возможностью и ультразвуковые стоматологические инструменты с гладкими насадками.

Я информирован(а) о том, что снятие зубных отложений возможно только в условиях стоматологической клиники с использованием современного оборудования и специальных методик:

- ультразвуковой;
- порошково-струйной;
- инструментальной.

Я информирован(а) о том, что такое медицинское вмешательство, как снятие зубных отложений с зубов необходимо проходить, как минимум, один раз в год.

Я понимаю то, что говорить об альтернативных методах лечения не приходится, так как снятие зубных отложений лечением вообще не является, а является лишь профилактической процедурой.

Мне разъяснено, что применение в процессе снятия зубных отложений местной анестезии может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги:

- возникновению сильных болевых ощущений в месте укола;
- гематомы (кровоизлияния) в месте укола;
- эрозии в месте укола, аллергической реакции на обезболивающие вещество (сыпи, отёка мягких тканей, анафилактического шока);
- токсической реакции на обезболивающее вещество (тошноты, головокружения, кратковременной потери сознания, нарушения координации).

Мне разъяснено, что в процессе 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:

Я информирован(а) о том, что после снятия зубных отложений могут возникнуть временные неприятные ощущения в виде реакции зубов на холодное и горячее, а также возникновение болезненных ощущений в области десневого края, покраснение, жжение и кровоточивость десен.

Мне сообщено и понятно, что одним из критериев эффективности оказания медицинских услуг является результат проведенного лечения, подтвержденный фотографиями и рентгенограммами до, после и в процессе лечения в соответствии с согласованным планом лечения.

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

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.

(Ф.И.О. пациента, представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(подпись)

" ____ " _____ 20__ г. (дата оформления)