

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Я, {ФамилияИмяОтчество}  
(ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО ПАЦИЕНТА И/ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

добровольно обращаюсь за медицинской помощью в ООО «ОРАЛ КЛИНИК»

**Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:**

Я, {ФамилияИмяОтчество} паспорт {СерияНомерПаспорта}

Выдан {Выдан}

прописан (а) {АдресРегистрации}

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица признанного

недееспособным: \_\_\_\_\_

(ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО ПАЦИЕНТА И/ИЛИ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

Врачом \_\_\_\_\_ я проинформирован(а) о проведения профессиональной гигиены полости рта, согласен (а) с условиями его проведения, а именно о нижеследующем.

Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим/врачом-стоматологом и понятна информация о сути данной процедуры:

**Целью гигиенической чистки зубов** является снятие мелкого инфицированного зубного налета и минерализованных зубных отложений с поверхности зубов.

**Мне сообщено и понятно**, что для лечения могут понадобиться дополнительные обследования, а именно: консультация у врача(ей) общего медицинского профиля; консультация у врача(ей)-стоматолога(ов) иного профиля; проведение обследования на аллергические реакции на используемые материалы.

**Я информирован(а):** 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.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии: пищевой, бытовой, к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

**Я понимаю, что исполнитель не несет ответственности** в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о своих противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на процедуру.

**Я проинформирован(а):** о возможных негативных последствиях частичного или полного отказа от проведения профессиональной гигиены полости рта, а именно: прогрессирование заболеваний пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета; о возможных осложнениях на этапах и после лечения, а именно: в процессе лечения – дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, образование гематомы, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; выпадение дефектных пломб, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; эмфизема мягких тканей, после лечения – повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в деснах, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

**Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим/врачом-стоматологом и понятна информация о гарантиях**, а именно: невозможность 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).

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

Я понимаю, что в ходе лечения может возникнуть необходимость дополнительного обследования, о чем меня уведомит врач. Я обязуюсь выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача. Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я внимательно ознакомил(ся, ась) и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Дата {ТекущаяДата} \_\_\_\_\_ {ФамилияИО} Ф.И.О, подпись пациента

(законного представителя)

Дата {ТекущаяДата} \_\_\_\_\_ Ф.И.О, лечащий врач