

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
Профессиональная гигиена 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 моем предстоящем лечении, и что я соглашаюсь с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество пациента)

проинформирован(а) моим лечащим врачом о поставленном диагнозе и необходимости лечения зубов в соответствии с Предварительным планом лечения.

Комплекс профессиональной гигиены зубов – это серия манипуляций по профессиональной гигиене зубов, которая включает в себя контролируруемую чистку зубов, удаление зубных отложений методом _____, шлифовку и полировку зубов, наложение лечебной пасты (флюоризацию).

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, небольшая кровоточивость, вызванные исходным состоянием десен.

Я соглашаюсь с тем, что после процедур возможно возникновение следующих явлений, которые проходят 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), появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба, что потребует соответствующего лечения.

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

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 разрешаю использовать информацию о моем заболевании, фотографии моих зубов и полости рта

без указания имени и фамилии в научных и учебных целях, для публикации в научной литературе, а также предоставлять сведения об объеме и стоимости оказанных мне услуг моему Страховщику.

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

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / _____
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Беседу провел врач: _____ / _____
(подпись врача) (расшифровка подписи)

Дата «__» _____ 20__ г