

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА**

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, \_\_\_\_\_ соглашаюсь на проведение профессиональной гигиены полости рта гигиенистом стоматологическим \_\_\_\_\_

<b>Этот раздел бланка заполняется только на лиц не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан</b>
Я, _____
паспорт _____, выдан _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным _____
ФИО полностью, год рождения _____

Настоящим подтверждаю, что в соответствии со статьей 20 Закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с моей волей, я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) на проведение профессиональной гигиены полости рта с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

**Я проинформирован(а)** в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

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

Мне в доступной для меня форме **даны разъяснения** о целях и методах профессиональной гигиены, объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

**Мне объяснено** и я понял(а), 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.

**Я проинформирован(а)**, что последствиями отказа от процедуры могут быть: развитие и обострение имеющихся заболеваний

**Я предупрежден(а)** о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства, которые не являются дефектами оказания медицинской услуги: дискомфорт, повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям; боль; отек (припухлость) десны и мягких тканей, гематома; кровотечение; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или Air-flow высока вероятность выпадения пломб с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов; дефектных пломб, ортопедических конструкций; появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

Я предупрежден(а) о том, что в процессе снятия зубных отложений может потребоваться проведение местной анестезии, которая может привести к следующим осложнениям: возникновение сильных болевых ощущений в месте укола, гематомы, аллергической реакции на обезболивающее вещество, токсической реакции на обезболивающее вещество.

**Я предупрежден(а)**, что **несоблюдение рекомендаций лечащего врача** освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

**Я проинформирован(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.

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

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на профессиональную гигиену полости рта мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Дата	Подпись пациента	Подпись гигиениста стоматологического

Дата	Подпись пациента	Подпись гигиениста стоматологического

Дата	Подпись пациента	Подпись гигиениста стоматологического