

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЯ НА ПРОВЕДЕНИЕ
МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
(ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА)**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 18, 19, 20, 21, 22, 23 Федерального закона РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в российской Федерации» и является необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства (в том числе стоматологического)

Я _____ г.р.,

(Ф.И.О. пациента, дата рождения)

Являюсь законным представителем _____ г.р.,

(Ф.И.О. пациента, дата рождения)

Обращаюсь в ООО «Концепт Смайл» для _____ (указать).

Настоящим подтверждаю, что информирован (а) лечащим врачом _____ о том, что требуется проведение профессиональной гигиены полости рта, заключающейся 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, хорошего состояние пломб и протезных конструкций, предупреждения развития стоматологических заболеваний.

Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о сути профессиональной гигиены полости рта (снятие зубных отложений). Снятие зубных отложений представляет собой их удаление. В зависимости от вида зубного налета (мягкого поверхностного налета, пигментированного налета, налета курильщика, наддесневого и поддесневого камня, их сочетание) лечение заключается в снятии зубных отложений посредством воздействия на зуб ручными стоматологическими инструментами (кюретами), либо с применением ультразвукового воздействия с использованием ультразвукового скалера, 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. При проведении процедур профессиональной гигиены также может проводиться промывание десневого края, наложение лечебных аппликаций.

В зависимости от количества зубных отложений, давности и причины их возникновения процедура лечения зубного камня проводится одномоментно либо в несколько этапов, включая механическое очищение, в том числе с применением местной анестезии: возможны как проведение инъекционной обезболивающей блокады, так и обработка слизистой ротовой полости лидокаиновым спреем или гелем.

Мне сообщена предварительная стоимость лечения. Я понимаю, что стоимость лечения может измениться в зависимости от количества зубных отложений, давности и причины их возникновения и выбора метода лечения.

Я информирован (а) о последствиях частичного или полного отказа от рекомендованного лечения (прогрессирование заболевания, развитие его осложнений, появление или усиление неприятного запаха изо рта, развитие кариеса зубов и его осложнений и связанная с этим потеря зубов, нарушение общего состояния организма), а также обо всех возможных осложнениях, не являющихся дефектами оказания медицинской услуги, которые могут произойти во время и после лечения, в том числе:

- во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или Air-flow высока вероятность выпадения пломб с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов, обнаружения дефектных пломб, появление или усиление подвижности зубов, обнажение шейки и корня зубов;
- появление повышенной чувствительности зубов, в том числе усиление чувствительности зубов в области дефектов пломб и незащищенных участках дентина – обнаженных корнях, трещинах зубов, кариозных полостях, требующих применения дополнительных клинических методов снижения чувствительности;

- разрушение эмали зубов;
- возникновение болезненных ощущений в области десневого края;
- покраснение, отечность десен;
- развитие кровоточивости десен;
- несоответствие эмали зуба и цвета ранее установленной пломбы.

Мне названы и со мной согласованы технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения, а также сроки проведения лечения.

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время постановки анестезии и при приеме лекарственных средств. Выбор анестезиологического пособия я доверяю своему лечащему врачу, информирующему меня о последствиях и нежелательных результатах анестезии, а именно: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции, изменение артериального давления.

Я осведомлен (а) о том, что на результат от проведения профессиональной гигиены полости рта не дается гарантии. Мне разъяснена возможность ознакомления с Положением о гарантиях в регистратуре организации.

Понимая сложность предстоящего лечения, я обязуюсь приходить на контрольные осмотры один раз в 6 (шесть) месяцев и следить за гигиеной полости рта, а также соблюдать индивидуальный план профилактических мероприятий, рекомендованных лечащим врачом.

Я информирован (а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить дальнейшее лечение и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я имел (а) возможность задать лечащему врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и получила исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (лась), понял (а) и согласен (сна) с каждым пунктом данного документа, являющегося неотъемлемой частью медицинской карты.

Я доверяю врачу-стоматологу _____ провести профессиональную гигиену полости рта.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

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

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

Дата: « ____ » _____ 202__ г.

Подпись пациента: _____

В моем присутствии расписался врач-стоматолог: _____