

## Информированное добровольное согласие на проведение профессиональной гигиены полости рта

«    »    20    г.

Настоящее информированное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323 ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации »

Я, \_\_\_\_\_

Находясь на лечении ООО Стопломб

г. Ростов-на-Дону ул. Искусственная д.4 оф.1

1.Получил(а) от лечащего врача всю интересующую меня информацию о состоянии зубочелюстной системы , наличии заболевания и о рекомендованном плане лечения.

2. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о сути данной процедуры:

2.1. Необходимость и частота проведения профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным планом профилактических мероприятий, рекомендованных мне лечащим врачом.

2.2. Допустимость коррекции назначенного плана и технологий в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения по рекомендованному мне плану профилактических мероприятий.

2.3. Возможные альтернативные варианты (в т.ч. отказ от проведения профессиональной гигиены).

2.4. Возможность, в результате проведения гигиенической чистки, осветления зубов только до натурального цвета, т.к. эта процедура не относится к отбеливающим технологиям.

2.5. Возможные негативные последствия частичного или полного отказа от проведения профессиональной гигиены, а именно: прогрессирование заболеваний пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета.

3. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о возможных осложнениях на этапах и после лечения, а именно:

## Информированное добровольное согласие на проведение профессиональной гигиены полости рта

«    »    20    г.

Настоящее информированное согласие составлено в соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011г. №323 ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации »

Я, \_\_\_\_\_

Находясь на лечении ООО Стопломб

г. Ростов-на-Дону ул. Искусственная д.4 оф.1

1.Получил(а) от лечащего врача всю интересующую меня информацию о состоянии зубочелюстной системы , наличии заболевания и о рекомендованном плане лечения.

2. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о сути данной процедуры:

2.1. Необходимость и частота проведения профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным планом профилактических мероприятий, рекомендованных мне лечащим врачом.

2.2. Допустимость коррекции назначенного плана и технологий в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения по рекомендованному мне плану профилактических мероприятий.

2.3. Возможные альтернативные варианты (в т.ч. отказ от проведения профессиональной гигиены).

2.4. Возможность, в результате проведения гигиенической чистки, осветления зубов только до натурального цвета, т.к. эта процедура не относится к отбеливающим технологиям.

2.5. Возможные негативные последствия частичного или полного отказа от проведения профессиональной гигиены, а именно: прогрессирование заболеваний пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета.

3. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о возможных осложнениях на этапах и после лечения, а именно:

3.1. в процессе лечения – дискомфорт, боль, кровотечение, образование гематомы, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; выпадение дефектных пломб; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием;

3.2. после лечения – повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в деснах, отек (припухлость) десны и мягких тканей появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

4. Мне сообщена, разъяснена информация о гарантиях, а именно: невозможность обозначения сроков гарантии по причине специфике данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки).

5. Мне названы и со мной согласованы:

5.1. технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур;

5.2. сроки проведения процедур;

6. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом в запланированные сроки.

7. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться:

7.1. консультация стоматолога(ов) иного профиля.

7.2. консультация у врача(ей) общего медицинского профиля.

8.. До подписания настоящего согласия я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

9. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на медицинское вмешательство.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента

\_\_\_\_\_  
Подпись врача

\_\_\_\_\_  
Фамилия (полностью) И.О. пациента  
(законного представителя)

\_\_\_\_\_  
Фамилия (полностью) И.О.врача

3.1. в процессе лечения – дискомфорт, боль, кровотечение, образование гематомы, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; выпадение дефектных пломб; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием;

3.2. после лечения – повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в деснах, отек (припухлость) десны и мягких тканей появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

4. Мне сообщена, разъяснена информация о гарантиях, а именно: невозможность обозначения сроков гарантии по причине специфике данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки).

5. Мне названы и со мной согласованы:

5.1. технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур;

5.2. сроки проведения процедур;

6. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом в запланированные сроки.

7. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться:

7.1. консультация стоматолога(ов) иного профиля.

7.2. консультация у врача(ей) общего медицинского профиля.

8.. До подписания настоящего согласия я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) исчерпывающие ответы на них.

9. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на медицинское вмешательство.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента

\_\_\_\_\_  
Подпись врача

\_\_\_\_\_  
Фамилия (полностью) И.О. пациента  
(законного представителя)

\_\_\_\_\_  
Фамилия (полностью) И.О.врача