ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Я,_____,
проинформирован(а) в доступной для меня форме о возможных осложнениях при проведении профессиональной гигиены полости рта. 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 предстоящем моем медицинском вмешательстве и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения вмешательства. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

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

Я проинформирован(а), что последствиями отказа от процедуры могут быть: развитие и обострение имеющихся заболеваний пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений и связанная с этим потеря зубов.

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства: дискомфорт, повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям в течение нескольких дней.

Я проинформировал(а) лечащего врача о состоянии своего здоровья, в том числе о беременности, бронхиальной астме, наличии кардиостимулятора, обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем.

Я понял(а) сущность манипуляций, а именно: снятие над- и поддесневых отложений ультразвуком, пигментированных отложений и мягкого зубного налета аппаратом с воздушно-порошковой системой очистки поверхностей зубов, шлифовку и полировку зубов профессиональными пастами и флюоризацию зубов препаратами фтора. Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур, сроки проведения процедур.

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.

При подписании договора возмездного оказания стоматологических услуг Пациенту (его законному представителю) вышеуказанная информация разъяснена и понятна.

Пациент (его законный представитель) получил полную информацию об альтернативных методах лечения, принял решение осуществить лечение на вышеуказанных условиях и доверяет специалисту принимать необходимые решения и выполнять любые медицинские действия в ходе лечения с целью достижения наилучшего результата и улучшения состояния Пациента.

Иные вопросы у Пациента (его законного представителя) отсутствуют вследствие полного осознания существа оказываемой услуги.

_____ (_____) «___»_____ 20___ г.
подпись Пациента (законного представителя) ФИО дата подписи