**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ГИГИЕНИЧЕСКУЮ ЧИСТКУ 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 предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, «Клиент.ФИО» (ФИО полностью)

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО

Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим/врачом-стоматологом и понятна информация о сути данной процедуры:

Целью гигиенической чистки зубов является снятие мелкого инфицированного зубного налета и минерализованных зубных отложений с поверхности зубов.

Мне сообщено и понятно, что для лечения могут понадобиться дополнительные обследования, а именно:

* консультация у врача(ей) общего медицинского профиля;
* консультация у врача(ей)-стоматолога(ов) иного профиля;
* проведение обследования на аллергические реакции на используемые материалы.

Я информирован(а):

* о необходимости и частоте проведения профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным планом профилактических мероприятий, рекомендованных мне лечащим врачом;
* о допустимости коррекции назначенного плана и технологий в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения по рекомендованному мне плану профилактических мероприятий;
* о возможных альтернативных вариантах лечения;
* о возможности в результате проведения гигиенической чистки осветления только до натурального цвета, так как эта процедура не относится к отбеливающим технологиям.

Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии: пищевой, бытовой, к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я понимаю, что исполнитель не несет ответственности в случае возникновения осложнений, если я не сообщил(а) или не знал(а) о своих противопоказаниях, но дал(а) свое согласие на процедуру.

Я проинформирован(а):

* о возможных негативных последствиях частичного или полного отказа от проведения профессиональной гигиены полости рта, а именно: прогрессирование заболеваний пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета;
* о возможных осложнениях на этапах и после лечения, а именно: в процессе лечения – дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, образование гематомы, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; выпадение дефектных пломб, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; эмфизема мягких тканей; после лечения – повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в деснах, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим/врачом-стоматологом и понятна информация о гарантиях, а именно: невозможность обозначения сроков гарантии по причине специфики данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки).

Мне названы и со мной согласованы:

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

Я понимаю, что в ходе лечения может возникнуть необходимость дополнительного обследования, о чем меня уведомит врач.

Я обязуюсь выполнять рекомендации лечащего врача в полном объеме, не нарушать режим, соблюдать индивидуальный рекомендованный план лечения. Мне разъяснены все возможные последствия невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я внимательно ознакомил(ся, ась) и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г.            \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/«Клиент.ФИО»

                                                           подпись                                   ФИО полностью

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящей процедуры, дал(а) ответы на все вопросы.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

        подпись                                   ФИО врача

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Диагноз | Контрольный осмотр | Подпись пациента | Дата | Диагноз | Контрольный осмотр | Подпись пациента |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |