ООО «ДОВЕРИЕ»

ЛИЦЕНЗИЯ №ЛО-50-01-006354

От 11 февраля 2015г.(бессрочно)

Министерство Здравоохранения М.О.

141191 Московская обл., г. Фрязино, ул. Горького, д.8, пом.11

Генеральный директор Булыгин Илья Александрович

**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,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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.***

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.            \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                                                           подпись                                   ФИО полностью

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

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

        подпись                                   ФИО врача