



Наша клиника строго руководствуется:

- Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;
- Федеральным законом «О защите прав потребителей»;
- современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.

Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или

лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.

## **Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства**

### **Профессиональная гигиена полости рта**

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, \_\_\_\_\_  
соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить врач-стоматолог \_\_\_\_\_  
исключительных случаях (например, болезнь врача) центр может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена врачом 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.

2.6. Возможные (в некоторых случаях) осложнения 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;
- после лечения — повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в деснах, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

3. Мне сообщена и разъяснена врачом 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).

4. Мне названы и со мной согласованы:

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

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

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

- консультация стоматолога(ов) иного профиля: \_\_\_\_\_
- консультация у врача(ей) общего медицинского профиля: \_\_\_\_\_

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

**Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.**

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_