

## **Информированное согласие на проведение профессиональной гигиены полости рта**

Форма 16

Настоящее добровольное соглашение составлено во исполнение требований Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" с целью обеспечить пациентов необходимой, доступной и достоверной информацией об услугах, оказываемых стоматологической клиникой.

Я, \_\_\_\_\_,

подтверждаю, что врач-стоматолог \_\_\_\_\_ провела со мной беседу в ходе, которой я был (а) достаточно информирован (а) о предстоящей мне процедуре профессиональной гигиены полости рта: ее сути, цели, предполагаемыми результатами. Я ознакомлен (а) со всеми этапами, методами, и средствами, используемыми в процессе работы. Также мне разъяснены стоимость и сроки проведения процедуры.

Мне объяснили возможные последствия регулярных отказов от процедур: кровоточивость десен, неприятный запах изо рта, темный налет на зубах, оголение шеек зубов, возникновение подвижности зубов с возможной их потерей.

Я понимаю, что успешный результат проведенной профессиональной гигиены полости рта может быть значительно снижен в следующих случаях:

- нарушение сроков лечения, установленных врачом;
- неполный курс лечения, не дающий стабильного результата;
- применение процедур и прием медикаментов, не назначенных врачом (самолечение);
- наличие (возникновение) аллергических реакций (в случае, если я не указал (а) об этом в медицинской анкете) на применяемые материалы и медикаменты;
- отказ от санации (хирургической или терапевтической), что ведет к сохранению очагов хронической инфекции, влияющих на общее состояние организма;
- наличие системных заболеваний и обменных нарушений, требующих лечения у других специалистов;
- плохой уход за полостью рта;
- активное курение; -прием алкоголя накануне и сразу после лечения.

Я признаю особые обстоятельства, осложняющие проведение процедуры и ее успешность:

- курение;
- неудовлетворительная гигиена полости рта;
- повышенный рвотный рефлекс;
- аллергия на применяемые медикаменты.

Я предупрежден, что данная процедура сопровождается возникновением определенного дискомфорта, связанного с:

- появлением кровоточивости и болезненности десен во время процедуры и на 1-2 день после;
- повышением чувствительности зубов;
- повреждением реставраций (особенно находящихся в неудовлетворительном состоянии);
- повреждением ортодонтической аппаратуры и ортопедических конструкций;
- микротравмами слизистой оболочки полости рта;
- обострением хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта;

- возникновением аллергических реакций на применяемые материалы и медикаменты.

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. На все заданные вопросы я получил(а) понятные мне исчерпывающие ответы. Я получил (а) все рекомендации, касающиеся гигиены полости рта. Со своей стороны, я высказал (а) все жалобы, предупредил (а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях организма, наличие в анамнезе и по факту заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предложенной процедуры или служить противопоказанием к её проведению.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. Будучи информированным (ой) и предупрежденным (ой) обо всем вышеизложенном, я полностью осознаю, что предлагаемое медицинское вмешательство показано мне по состоянию моего здоровья. Я понимаю, что возможное возникновение перечисленных в настоящем согласии осложнений (дискомфортных состояний) не является следствием некачественно оказанной услуги.

При подписании данного соглашения на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от процедуры, либо дать свое согласие. В связи с этим я осознанно и добровольно ДАЮ СОГЛАСИЕ на проведение профессиональной гигиены полости рта.

Я согласен(на) на проведение фотосъёмки, видеосъёмки и видеозаписи для улучшения качества диагностики и анализа хода лечения.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю также согласие на оказание медицинских услуг в том необходимом объеме, который определит лечащий врач.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа.

\_\_\_\_\_ 2023г.

Пациент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Врач-стоматолог \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Даю согласие на проведение последующих плановых процедур профессиональной гигиены полости рта.

\_\_\_\_\_ 2023 г.

Пациент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Врач-стоматолог \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /