

645-93-67

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Я, _____, _____ года рождения, являясь

законным представителем несовершеннолетнего _____, _____ года рождения, даю информированное добровольное согласие на опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза, осмотр ротовой полости и зубов, лабораторные и рентгенологические методы обследования для получения стоматологической терапевтической помощи представляемому.

Медицинский работник _____ в доступной форме разъяснил цели и методы оказания стоматологического терапевтического лечения, связанные с ним риски, возможные варианты лечения, вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты лечения.

Медицинским работником предоставлена вся интересующая меня информация о предстоящем лечении, которая включает в себя: удаление инфицированных тканей из полости и каналов и замещение их пломбировочным материалом с восстановлением коронки зуба. Настоящим, я даю информированное добровольное согласие на выполнение представляемому

(полное наименование стоматологической услуги)

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

Мне объяснено, и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления плана лечения, выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее.

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; боль; отек (припухлость) десны и мягких тканей, гематома; кровотечение; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; **во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или Air-flow высока вероятность выпадения пломб с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов;** дефектных пломб; появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

Я проинформирован(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

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.

Даю свое согласие на фото и видеосъемку.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы, информация была доведена до

меня в понятной и доступной форме.

Я ознакомлен(а) и согласен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю своё согласие на выполнение мне процедуры профессиональной гигиены полости рта в предложенном объёме.

Пациент _____

Врач _____

Дата _____