

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
на проведение процедуры профессиональной гигиены полости рта.**

Согласно положению статьи 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 01.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред. Федеральных законов от 25.06.2012 г. № 89-ФЗ, от 25.06.2012 г. № 93-ФЗ)

Мне, _____, врачом _____
фамилия, имя, отчество пациента

представлена вся интересующая меня информация о предполагаемом медицинском вмешательстве - процедуре профессиональной гигиены полости рта.

Мне разъяснено, что здоровье зубов и десен неоспоримо связывалось с гигиеной полости рта. Я понимаю, что профессиональная гигиена – система лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых в условиях стоматологической клиники, направленная на профилактику возникновения и прогрессирования заболеваний полости рта.

Мне врач сообщил, что понятие профессиональная гигиена входит обучение гигиене полости рта, профессиональная чистка зубов ультразвуком от зубного налета и камня, при необходимости может быть назначено профессиональное отбеливание зубов, фторирование зубов, а также подбор индивидуальных средств гигиены.

Мне разъяснено, что в образовании зубного камня и воспалении десен большую роль играет не только плохая гигиена, но также и состав слюны, патогенная микрофлора и общая резистентность организма (способность противостоять), что невозможно проводить в домашних условиях даже при использовании самых современных средства гигиены.

Мне сообщена, разъяснена врачом-стоматологом и понятна информация о сути данной процедуры. Необходимость и частота проведения профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным планом профилактических мероприятий, рекомендованных мне лечащим врачом. Допустимость коррекции назначенного плана и технологий в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения по рекомендованному мне плану профилактических мероприятий. Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим/врачом-стоматологом информация о стоимости, а так же о невозможности 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;
- сроки проведения процедур.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом в запланированные сроки. Я осведомлен(а), что после удаления зубных отложений возможно временное появление чувствительности зубов, дискомфорта во время приема пищи. Я проинформировал(а) врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время. 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.

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

Я принимаю решение приступить к проведению процедуры профессиональной чистки зубов на предложенных условиях.

Подпись пациента _____ / _____ /

Подпись врача _____ / _____ /

Дата _____