

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
проведение профессиональной гигиены**

г. Бердянск

{ТекущаяДата}г.

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, {ФамилияИмяОтчество}, проинформирован(а) лечащим врачом о том что профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью курса лечения заболевания пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса.

1. Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях и методах профессиональной гигиены, объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.
2. 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.
3. Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства: дискомфорт, повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям; во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или Air-flow высока вероятность выпадения пломб с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов;
4. Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает медицинскую организацию от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.
5. Я проинформировал(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.
6. 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.
7. Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на профессиональную гигиену полости рта мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, мною были заданы лечащему врачу все интересующие меня вопросы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.
8. Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения/здоровья и получил(а) на них удовлетворительные ответы.
9. Мое решение является **свободным** и **добровольным** и представляет собой **информированное согласие** на проведение медицинского вмешательства.

Подпись пациента

Подпись врача

_____ / {ФамилияИО} /

_____ / {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}