**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

 **на проведение пародонтологического лечения**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я, в соответствии со статьей 20 Федерального закона «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» от 20.11.2011 г. №323 -ФЗ, даю добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, утвержденный приказом Минздрава РФ от 23.04.2012г. №390н, с целью проведения пародонтологического лечения. подтверждаю, что врач стоматолог провел (а) со мной беседу, в ходе которой я был (а) достаточно информирован (а) о: - цели и сути предстоящей мне парадонтологической манипуляции; - возможных альтернативных вариантах лечения;

необходимых подготовительных мероприятиях перед началом лечения; - возможных рисках и осложнениях в ходе лечения; - ориентировочной стоимости, продолжительности и прогнозе лечения.

На основании полученной информации я могу либо отказаться от предложенного мне лечения, либо дать свое согласие на его проведение.

Я был (а) информирован (а) о том, что в ходе обследования мне был поставлен предварительный диагноз

Врач стоматолог ознакомил (а) меня с основными, наиболее рациональными планами проведения подготовительных мероприятий перед началом лечения.

Меня информировали о преимуществах предложенной мне тактики лечения и о возможных альтернативных методах лечения, в том числе консервативных способах пародонтологической реабилитации. Я выбираю показанный мне видлечения тканей пародонта.

Я ознакомлен (а) с подготовительными мероприятиями, которые необходимо провести перед началом пародонтологического лечения.

Лечащий врач понятно объяснил мне необходимость осуществления комплексного стоматологического лечения.

Я согласна (а) с планом пародонтологического лечения и понимаю, что он не исключает возможности появления дополнений и изменений, которые могут возникнуть в ходе врачебных манипуляций или на этапах лечения, таких как: операция под седацией, добавление искусственной кости, мембран, иных лекарственных и замещающих препаратов, и т.д. и готов (а) полностью их оплатить. Я оставляю за врачом право на выбор используемых им необходимых препаратов и материалов.

Врач стоматолог понятно объяснил мне необходимость строгого следования этапам лечения, строгого соблюдения сроков, которые необходимо выдерживать прежде, чем перейти к следующему этапу для уменьшения вероятности возможных осложнений.

Я понимаю, что хотя предложенный вид лечения поможет мне сохранить мое стоматологическое здоровье, тем не менее, оно является своего рода вмешательством в мой организм, и, как любая медицинская манипуляция, не может иметь стопроцентной гарантии на успех, даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов.

Я осведомлен (а) о возможных рисках и осложнениях, связанных с пародонтологическим лечением, аугментацией кости, обезболиванием и приемом медикаментов. Это могут быть: боль, отек, гематомы, кровотечение, инфицирование и окрашивание зубов и мягких тканей. Длительность онемения языка, щек, губ, зубов не имеет четких временных рамок, но может быть и необратимой. Возможны воспаление десен, повреждения соседних зубов, задержка заживления, аллергические реакции на используемые медикаменты и т.д.

Я осознаю, что в случае отказа от предложенного пародонтологического лечения могут развиться следующие состояния: дистрофия и потеря костной ткани, воспаление тканей пародонта, инфицирование, гиперчувствительность зубов, нарастание степени их подвижности , следствием чего может стать последующее удаление вовлечённых в процесс зубов, возможные системные проявления моего заболевания, такие как: расстройства височно-нижнечелюстных суставов, головные боли, отраженные боли в задней части шеи и лицевых мышцах, хроническая усталость мышц при жевании.

Мне даны полные и всесторонние разъяснения о комплексе лечебно-диагностических мероприятий с целью получения наиболее благоприятного результата.

Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах медицинского вмешательства, о его возможных последствиях.

Я проинформировал врача об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных представляемым и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности.

Я имел (а) все возможности задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получил на них исчерпывающие ответы.

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего

документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на медицинское вмешательство.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_