**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на проведение профессиональной гигиены полости рта**

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 профессиональной гигиены полости рта.

Я подтверждаю, что гигиенист стоматологический провела со мной беседу, в ходе которой я был (а) достаточно информирован (а) о предстоящей мне процедуре профессиональной гигиены полости рта. Я ознакомлен (а) со всеми этапами, методами, и средствами, используемыми в процессе работы.

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.

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. Я добровольно подписываю данное соглашение на проведение процедуры профессиональной гигиены полости рта в предусмотренном врачом объеме. 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 сйециалистов;

-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 (формы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_). 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 сознаю, что предлагаемое медицинское вмешательство показано мне по состоянию моего здоровья. В связи с этим я осознанно и добровольно ДАЮ СОГЛАСИЕ на проведение профессиональной гигиены полости рта.

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

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

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

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

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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_