

Приложение к медицинской карте № _____
Добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство
Профессиональная гигиена

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 лечении меня/лица, законным представителем которого я являюсь, и что я соглашаюсь с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, _____
(ФИО пациента/законного представителя несовершеннолетнего)

являясь законным представителем пациента _____,
(ФИО несовершеннолетнего пациента)

даю добровольное информированное согласие на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство.

Я проинформирован(а) о предстоящем лечении и согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения, а именно о нижеследующем:

1. Я, проинформирован(а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья/здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

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

3. 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.

4. 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.

5. Решения о проведении профессиональной гигиены полости рта принимает пациент или его законный представитель. Пациент (законный представитель) может отказаться от проведения лечения.

6. 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.

7. 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 высокая вероятность выпадения пломб с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов;

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

9. 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.

10. 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.

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.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы касательно состояния моего здоровья, заболевания и лечения/здоровья, заболевания и лечения лица, законным представителем которого я являюсь и получил(а) на них удовлетворительные ответы.

Я получил(а) информацию об альтернативных методах лечения, а также об их примерной стоимости.

Я внимательно ознакомился(ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты, договора на оказание платных стоматологических услуг. Я подтверждаю свое добровольное согласие на медицинское вмешательство для проведения мне/лицу, законным представителем

которого я являюсь, профессиональной гигиены на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: ✓ _____
(или подпись его законного представителя)

Расшифровка подписи: ✓ _____

На все вопросы пациента (законного представителя) врач ответил, ИДС получено.

Подпись врача: _____

Расшифровка подписи: _____

Дата: _____

Примечание: при приеме детей до 18 лет обязательно подписывается родителем (опекуном) или сопровождающим лицом.