

**Общество с ограниченной ответственностью «Стом-Дарт»
(ООО «Стом-Дарт»)**

**Информированное добровольное согласие
пациента на медицинское вмешательство
на проведение процедуры профессиональной гигиены полости рта**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
«_____» _____ года рождения, в соответствии с требованиями Закона от
«21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю
согласие на проведение стоматологического вмешательства

_____ (указать вид вмешательства, номер зуба)
осуществляемого врачом _____ клиники ООО «Стом-Дарт».

Я проинформирован (а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания и настоящим подтверждаю, что получил (а) детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения, план которого изложен в медицинской карте. Мне составлена полная письменная смета на лечение, которая мне разъяснена и понятна.

Мне объяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риск, 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.

Я информирован(а) врачом о том, профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью курса лечения заболеваний пародонта и профилактической процедурой. Мне было разъяснено и понятно, что последствиями отказа от проведения процедуры снятия зубных отложений могут быть: возникновение пародонтита, гингивита, кариеса зубов и появление неприятного запаха изо рта.

Я осведомлен (а) о возможных осложнениях во время анестезии или после ее проведения.

Я проинформировал (а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я осведомлен(а), что после удаления зубных отложений возможно появление чувствительности твердых тканей зубов, дискомфорта во время приема пищи, проходящих в течение двух недель.

Я информирован(а), что последствиями отказа от профессиональной гигиены полости рта могут быть: развитие или обострение имеющихся заболеваний пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений.

Я был(а) информирован(а) врачом о том, что такое медицинское вмешательство, как снятие зубных отложений с зубов необходимо проходить, как минимум, два раза в год.

Я даю разрешение моему лечащему врачу проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологическое исследование), которые он сочтет необходимым.

Я предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы. С гарантийными сроками и сроками службы на выполняемые работы и услуги по оказанию стоматологической помощи ознакомлен, согласен и обязуюсь соблюдать условия их применения.

Я предупрежден(а), что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает стоматологическую клинику ООО «Стом-Дарт» от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

С информированным согласием ознакомлен (а) и согласен (а).

Дата «_____» _____ 202__ г.

Подпись пациента: _____ / _____ / «_____» _____ 202__ г.

Беседу провел врач: _____ / _____ / «_____» _____ 202__ г.