ШВЕЙЦАРСКАЯ ЭСТЕТИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Общество с ограниченной ответственностью
“Точная стоматология”
ИНН/КПП: 2310194720/231001001
ОГРН: 1162375039727
Адрес регистрации и осуществления м\деятельности:
350072, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Московская, д. 57/1,
офис. 8
Тел. 8(918)070-70-25; e-mail: Swisskrd07@yandex.ru

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство профессиональная гигиена полости рта (чистка зубов)

г. Краснодар **«___»_____202____г.**

Я, _____

(Ф.И.О -полностью, контактный телефон)

Являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным

_____

(**Ф.И.О.** ребенка или недееспособного гражданина – **полностью, дата рождения**)

в соответствии и на основании ст.ст 19- 23 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **настоящим выражаю свое добровольное информированное согласие на проведение медицинского вмешательства мне\лицу, интересы которого я представляю (не нужное вычеркнуть) в** ООО «Точная стоматология» (Далее Исполнитель, либо медицинская организация) проведение медицинского вмешательства – **профессиональная гигиена полости рта (чистка зубов)**_____

(указать диагноз, № зуба)

Медицинский работник_____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

проинформировал в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания.

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

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, в связи с чем потребуется подписание отдельного ИДС, изменение плана лечения и возможное изменение стоимости услуг.

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.**

Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства: **дискомфорт, повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям в течение нескольких дней, боль; отек (припухлость) десны и мягких тканей, гематома; кровотечение; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием**; **во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или Air-flow высока вероятность выпадения дефектных пломб с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов; дефектных пломб; появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба, расцементировка и повреждение ортопедических конструкций.**

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

Я проинформировал(а) лечащего **врача о состоянии своего здоровья, в том числе о беременности, бронхиальной астме, наличии кардиостимулятора, 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.

Я понял(а) сущность манипуляций, а именно: **снятие над- и поддесневых отложений ультразвуком, пигментированных отложений и мягкого зубного налета аппаратом «Air-Flow» с воздушно-порошковой системой очистки поверхностей зубов, шлифовку и полировку зубов профессиональными пастами и флюоризацию зубов препаратами фтора.** Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур, сроки проведения процедур.

Я осведомлен(а) об альтернативных методах лечения, направленных на чистку зубов.

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 принимаю решение и даю добровольное информированное согласие осуществить профессиональную гигиену полости рта (чистка зубов) на предложенных мне условиях в ООО «Точная стоматология»

Я понимаю, что факт моего согласия на медицинское вмешательство влечет соответствующие юридические последствия. Подписывая настоящий документ, я подтверждаю надлежащее выполнение Исполнителем своей обязанности по информированию меня, как Заказчика о сущности оказываемой мне услуги.

Я подписываю настоящий документ, будучи вменяемым, дееспособным человеком, не под влиянием заблуждения или принуждения со стороны сотрудников Исполнителя либо иных лиц, обладая необходимой и доступной для понимания информацией для принятия решения, в спокойном состоянии, не под влиянием аффекта.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ Лечащим врачом.

(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

Пациент (представитель пациента) согласился с проведением медицинского вмешательства, о чём расписывается собственноручно. _____ _____ _____

(подпись) *(ФИО)* *(дата)*

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту (представителю пациента) суть, ход, риск проведения процедуры

Медицинский работник: _____ ФИО_____(подпись)

Настоящий документ составлен в одном экземпляре и хранится в медицинской документации Пациента.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
профессиональная гигиена полости рта (чистка зубов)

Лист подтверждения ознакомления с содержанием и выражения согласия с мед\вмешательством:

Дата	Диагноз (МКБ-10)	Ф.И.О (полностью), должность и подпись медицинского работника Я свидетельствую, что разъяснил(а)пациенту суть, ход выполнения, риски альтернативу проведения предстоящего мед.вмешательства, дал(а) ответы на все вопросы	Ф.И.О (полностью), и подпись пациента/законного представителя Я принимаю решение и выражаю свое согласие приступить к лечению на предложенных условиях