

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА)

ООО «Дентал.Про»

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 моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Подписание Вами данного документа является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, являясь законным представителем (при отсутствии зачеркнуть) _____

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне следующих медицинских услуг: **профессиональная гигиена полости рта**. Я в полной мере проинформирован (а) о целях данного медицинского вмешательства. Я получил (а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и понимаю, что при проведении лечебных манипуляций при профессиональной гигиене полости рта, включая анестезию и прием лекарственных средств, существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений: неприятные болевые ощущения, которые могут быть выражены в области мягких тканей в зоне медицинского вмешательства и др. Я получил (а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен (а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время лечения.

Я проинформирован (а), что профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью курса лечения заболеваний пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса. Лечащий врач объяснял мне основное содержание, цели и методы медицинского вмешательства, а также, что успех лечения зависит от точности выполнения мною его назначений и рекомендаций. 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 медицинского вмешательства:

- дискомфорт;
- повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям;
- кровоточивость десен в течение нескольких дней;
- возможное появление патологической подвижности зубов.

Мне понятно, что в случаях ухудшения самочувствия, возникновения болевых ощущений в зоне оперативного вмешательства я обязан (а) поставить в известность лечащего врача.

Я проинформировал (а) врача обо всех случаях аллергии к лекарственным и другим средствам.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство (профессиональная гигиена полости рта).

Мне разъяснено, что после процедуры возможны временные явления:

- повышенная чувствительность эмали,
- легкая болезненность и кровоточивость десен, являющиеся нормальной реакцией и не требующие, как правило, дополнительного лечения.

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением:

_____ (указать какие, если имеются исключения)

Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы. Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр.

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 внимательно ознакомился(ась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня (представляемого) правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей (представляемого) медицинской карты и договора.

Пациент: _____
_____ (подпись)

Врач _____
_____ (подпись)

Законный представитель: (при наличии)
_____ (подпись)

_____ (дата оформления)