**${COMPANY\_NAME}**

*Любое медицинское вмешательство, имеющее профилактическую, диагностическую или лечебную цель, допустимо только после получения врачом осознанного, добровольного согласия пациента.*

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Профессиональная гигиена полости рта

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. Я, **${CUSTOMER\_FULLNAME}**, соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить гигиенист стоматологический/врач-стоматолог **${STAFF\_FULLNAME}**.

В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

2. Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим/врачом-стоматологом и понятна информация о сути данной процедуры:

2.1. Необходимость и частота проведения профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным планом профилактических мероприятий, рекомендованных мне лечащим врачом.

2.2 Допустимость коррекции назначенного плана и технологий в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения по рекомендованному мне плану профилактических мероприятий.

2.3 Возможные альтернативные варианты.

2.4 Возможность, в результате проведения гигиенической чистки, осветления зубов только до натурального цвета, т.к. эта процедура не относится к отбеливающим технологиям.

2.5. Возможные негативные последствия частичного или полного отказа от проведения профессиональной гигиены, а именно: прогрессирование заболеваний пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета.

2.6. Возможные осложнения на этапах и после лечения, а именно:

- в процессе лечения – дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, образование гематомы, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; выпадение дефектных пломб, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием;

- после лечения – повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в деснах, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

3. Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим/врачом - стоматологом информация о гарантиях, а именно: невозможность обозначения сроков гарантии по причине специфики данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки).

4. Мне названы и со мной обговорены:

- технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур;

- сроки проведения процедур;

- стоимость процедур.

5. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом в запланированные сроки.

6. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться:

- консультация стоматолога (ов) иного профиля: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

- консультация у врача (ей) общего медицинского профиля: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Мною были заданы гигиенисту/врачу все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

|  |  |
| --- | --- |
| **${DATE}** | Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ${COMPANY\_NAME} | ${CUSTOMER\_FULLNAME} |
| ${COMPANY\_ADDRESS} | ${CUSTOMER\_ID\_CARD\_NUMBER} |
| ${COMPANY\_IIK} | ${CUSTOMER\_IIN} |
| ${COMPANY\_BIN} |  |
| ${COMPANY\_BIK} |  |