

**ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1» г. Белгорода.**  
**Информированное добровольное согласие на проведение профессиональной гигиены полости рта.**

Я, \_\_\_\_\_,  
(« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. р., зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_),  
находясь на лечении (обследовании), даю информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства в ОГАУЗ  
«Стоматологическая поликлиника № 1 г. Белгорода», а именно: на проведение профессиональной гигиены полости рта.  
(название медицинского вмешательства)

И прошу персонал медицинского учреждения о его проведении.

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

(далее – врач) в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи в виде профессиональной гигиены полости рта, связанный с ней риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Я проинформирован (-а) в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья.

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

Я осознаю, что во время вмешательства могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (-на) на то, что ход вмешательства может быть изменён врачами по их усмотрению.

Я проинформирован (-а), что негативными последствиями частичного или полного отказа от медицинского вмешательства могут быть: прогрессирование заболевания пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налёта, развитие осложнений заболевания и связанная с этим потеря зубов.

Я информирован (-а) о факторах риска, о возможных вариантах последствий (осложнений), несмотря на минимизацию риска их наступления и понимаю, что проведение вмешательства сопряжено с: болью, отёком десны и мягких тканей, выпадением дефектных пломб. После лечения возможно повышение чувствительности зубов (к химическим, термическим и иным раздражителям), болезненные ощущения в дёснах, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корней зубов, и др.

В этом случае врач гарантирует оказание полного объёма медицинской помощи для решения возникших проблем и при необходимости – привлечение других специалистов.

Я предупреждён (-а), что в ряде случаев могут потребоваться повторные вмешательства, в т. ч. в связи с возможными последующими осложнениями или особенностями течения заболевания, и даю своё согласие на это.

Я отдаю себе отчёт, что возможные осложнения после получения данной услуги, в случае их наступления, устраняемые надлежащим образом, не являются вредом здоровью.

Я сообщил (-а) врачу обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесённых мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах.

Я сообщил (-а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Я понимаю, что для проведения качественного медицинского вмешательства мне гарантировано в соответствии с требованиями СанПин.

При оказании пародонтологической помощи результат не гарантирован, однако гарантировано проведение лечения специалистом соответствующей квалификации, с применением им качественных материалов и инструментов с соблюдением соответствующих методик и правил санитарно-эпидемиологического режима.

Профессиональная гигиена полости рта является обязательной процедурой перед лечением и удалением зубов, имплантацией, ортопедическим лечением, профессиональным отбеливанием и другим лечением. Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных гигиенистом стоматологическим в запланированные сроки.

Я предупреждён (-а) и осознаю, что отказ от медицинского вмешательства, его прекращение по моему требованию, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций врача, режима приёма препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Чтобы способствовать своевременному обнаружению осложнений и избежать их усугубления, я обязуюсь выполнять все рекомендации врача.

Гигиенистом-стоматологическим мне разъяснено, что на данное вмешательство (услуга) невозможно установить гарантию по причине специфики данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (например, скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки и др.).

Я согласен (-а), что в случае наступления осложнений после оказания мне услуги в качестве допустимых последствий такого вмешательства, их устранение осуществляет ОГАУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1 г. Белгорода».

Я согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, с учётом сохранения врачебной тайны.

Разрешаю, в случае необходимости, (ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»), предоставить информацию о моём диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, иным лицам:

(Ф. И. О.)

Я имел (-а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил (-а) исчерпывающие ответы.

Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Подпись

Ф. И. О. гражданина, законного представителя

Подпись

Ф. И. О. мед. работника

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ года. Дата оформления информированного добровольного согласия.

Этот раздел заполняется в случае отказа от медицинского вмешательства.

**От подписи бланка добровольного информированного согласия на отказ от проведения медицинского вмешательства отказался (отказалась):**

**Консилиум врачей в составе:**

Должность, Ф. И. О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф. И. О. и подпись \_\_\_\_\_

Должность, Ф. И. О. и подпись \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года.