

## Информированное добровольное согласие на проведение профессиональной гигиены полости рта

Я, \_\_\_\_\_, "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. р.,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, либо законного представителя)  
зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_  
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)  
в отношении \_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г. р.,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)  
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на проведение профессиональной гигиены полости рта в ООО «Орто-Премьер Новый Город».

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от проведения профессиональной гигиены полости рта.

Согласно ст. 20 ФЗ от 21.11.2011 года № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» любое медицинское вмешательство, имеющее своей целью диагностику, профилактику или лечение заболевания, допустимо только после получения врачом добровольного информированного согласия пациента в письменной форме.

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, механическим и термическим раздражителям, кратковременную кровоточивость десны.
- во время проведения профессиональной гигиены имеется вероятность выпадения пломб и повреждения реставраций ненадлежащего качества.
- в редких случаях, из-за индивидуальных особенностей организма, возможна эмфизема мягких тканей полости рта.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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):

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)