**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО.**

**Добровольное информированное согласие на проведение профессиональной гигиены полости рта.**

 Пациент (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз при обращении (стоматологический)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Лечащий врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Предлагаемый план лечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Я, информирован о цели и характере предполагаемого лечения, существующих способах и методах лечения.

 Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемой процедурой и мог (могла) либо отказаться от нее, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

 Врач/гигиенист выявил и указал на необходимость проведения профессиональной гигиены полости рта. Последствиями отказа от данной процедуры могут быть: прогрессирование заболеваний (кариес, пародонтит) и связанная с этим потеря зубов.

 Я информирован(а), что для сохранения здоровья моих зубов и десен необходимо проводить профессиональную гигиену полости рта: у пациентов, не имеющих заболеваний тканей пародонта 1 раз в 6 месяцев и 1 раз в 3 месяца (в среднем) для пациентов с пародонтитом.

 Кратность визитов подбирается врачом индивидуально для каждого пациента и зависит от имеющейся патологии, ее тяжести и от общего состояния организма.

Я осведомлен(а), что имею права отказаться от медицинского вмешательства. В лучае отказа от меицинского вмешательства, я осведомлён(а) о последствиях.

 Я понимаю, что при несоблюдении мною рекомендаций гигиениста в домашних условиях и/или несоблюдении интервалов контрольных визитов - уменьшаются или аннулируются гарантийные сроки и сроки службы реставраций.

 При необходимости гигиенист может поставить мне анестезию.

 Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и после нее.

 Я проинформировал(а) гигиениста обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и настоящем времени.

 Мне осуществлен подбор средств индивидуальной гигиены. Я также имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

 Мне объяснили, что после процедуры гигиены полости рта может повыситься чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям. У некоторых пациентов (индивидуальная особенность, особенность питания, наличие вредных привычек) после проведения профессиональной гигиены полости рта при недостаточной гигиене ротовой полости возможно образование зубного налета и зубного камня в более короткие (по сравнению со среднестатистическими) сроки.

***ООО «ИМПЛАМЕД», ул. Орджоникидзе 84,кор 6 Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

**Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**