Разработан в соответствии со статьей 20 ФЗ № 323

 « Об охране здоровья граждан» от 21.11.2011г

 ООО « Дент-ас»

Приложение к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Добровольное информированное согласие**

**на комплекс профессиональной гигиены**

Этот документ свидетельствует о том , что мне в соответствии со ст. 20 ФЗ « Об охране здоровья граждан» сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен( согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Подписание данного документа является необходимым предварительным условием ( разрешением) медицинского вмешательства.

Я(ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_данным документом подтверждаю свое согласие, данное стоматологу/ гигиенисту стоматологической клиники ООО «Дент-ас» на проведение профессиональной гигиены полости рта. Этот документ содержит также необходимую для меня информацию с тем, чтобы ознакомиться с предполагаемой процедурой и дать согласие на проведение данного лечения мне / моему ребенку. Профессиональная гигиена полости рта – это совокупность мер для профилактики кариозного поражения зубов и пародонта, которые заключаются в механическом очищении с поверхности эмали поддесневых и наддесневых отложений, налета и последующая обработка зубов фторсодержащими препаратами. Врач/ гигиенист выявил: □ зубной налет □ зубной камень (над- и поддесневой) □ кровоточивость десен □ пародонтальные карманы и указал на необходимость проведения профессиональной гигиены полости рта. Последствиями отказа от данной процедуры могут быть: - прогрессирование заболеваний ( кариес, периодонтит, пародонтит) и связанная с этим потеря зубов; - воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта ( пародонтит, гингивит, пародонтоз), которые приводят к появлению язв и некрозов в полости рта; - заболевания желудочно-кишечного тракта- могут быть спровоцированы большим количеством патогенных микроорганизмов попадающих в трахею и желудок из ротовой полости; - затвердевший зубной налет также способен усугублять протекание хронических системных заболеваний и патологий сердечно-сосудистой системы. Токсины, выделяемые бактериями, всасываются в кровь, разносятся по кровотоку и негативно влияют функциональные системы организма. Я информирован(а) , что для сохранения здоровья моих зубов и десен необходимо проводить профессиональную гигиену полости рта: \*1 раз в 6 месяцев у пациентов, не имеющих заболеваний тканей пародонта; \* 1 раз в 3 месяца (в среднем) для пациентов с пародонтитом и после проведения операции по дентальной имплантации. Кратность визитов подбирается врачом индивидуально для каждого пациента и зависит от имеющейся патологии, ее тяжести и от общего состояния организма. Я понимаю, что при несоблюдении рекомендаций стоматолога/гигиениста по уходу за полостью рта в домашних условиях и несоблюдению интервалов контрольных визитов уменьшаются или аннулируются гарантийные сроки и сроки службы реставраций. Я проинформирован(а) о том, что процесс образования зубного налета и зубного камня напрямую зависит от минерального состава моей слюны ; наличия вредных привычек и образа жизни. При необходимости врач может поставить мне анестезию. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии и после нее . Я информировал(а) врача / гигиениста об аллергических проявлениях к медикаментозным препаратам в прошлом и настоящем времени.

Я проинформирован(а) о противопоказаниях данной процедуры: - заболевания с нарушенной свертываемостью крови, наличием онкозаболеваний; - острая фаза воспалительных стоматологических заболеваний (стоматит, герпес, гингивит, язвы); -заболевания организма в острой стадии; -после удаления зуба, в первые 10 дней; - наличие кардиостимулятора( противопоказан ультразвук ); - беременность (1 и 3 триместры) . Мне осуществлен подбор средств индивидуальной гигиены. Я также имел(а) возможность задать врачу интересующие меня вопросы. Мне объяснили ,что после процедуры гигиены полости рта может повыситься чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям. некоторых пациентов ( индивидуальная особенность, наличие вредных привычек, особенности питания) при недостаточной гигиене ротовой полости возможно образование зубного налета и зубного камня в более короткие сроки. В соответствии с нормами ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. , даю согласие на использование сведений о моем лечении в целях проведения научных исследований, их публикации в научных изданиях, использование как наглядный пример оказываемых услуг , диагнозов и способов лечения. При размещении такой информации для широкого круг лиц, допускается использование только изображение ротовой полости, зубного ряда, губ, снимки ОПТГ и результаты компьютерной томографии.

**Мне сообщено и понятно**, что условием эффективного лечения является выполнение плана индивидуальных мероприятий, рекомендованных врачом. Мною были заданы врачу/гигиенисту 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 договора. **Я принимаю решение приступить к лечению** на предложенных условиях. После обследования , беседы с врачом мне понятен пан объем лечения, возможные осложнения на этапах лечения ( а именно: : кровоточивость десен; повышенная чувствительность в области зубов и десен в течение 7 дней; возможное выпадение пломб, у которых закончился срок службы; расфиксация ортопедических конструкций; может сохраниться в течение суток окрашивание на слизистой оболочке полости рта, языке после применения индикатора налета) и си их учетом изменение плана лечения , этапов лечения, необходимости дополнительного обследования, изменения сроков лечения, дополнительной оплаты. План лечения: ФИО пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Номер зуба | Наименование манипуляции | Стоимость |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Я получил(а) ответы на все мои вопросы и доверяю квалификации врача**.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_