

## **Информированное добровольное согласие на профессиональную гигиену полости рта.**

Пациент (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_  
Диагноз при обращении (стоматологический) \_\_\_\_\_  
Лечащий врач \_\_\_\_\_  
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 стоматолог 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 понимаю, что при несоблюдении мною рекомендаций врача в домашних условиях и/или несоблюдении интервалов контрольных визитов - уменьшаются или аннулируются гарантийные сроки и сроки службы реставраций.

При необходимости врач 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.

Я даю согласие на фотографирование моих зубов с целью документации внешнего вида зубов до и после профессиональной гигиены полости рта, понимая, что эти фотографии останутся собственностью клиники. Мне разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой или проводившим процедуру гигиены врачом данных фотографий, мое имя не будет упомянуто и регламент закона о сохранении медицинской информации о пациенте в данном случае нарушен не будет.

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.

*Я подтверждаю согласие на проведение мне профессиональной гигиены полости рта*

Дата \_\_\_\_\_ Пациент \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

