

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА  
ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА**

*Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст. 20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».*

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен(а) с названными мне условиями ее проведения.

Я \_\_\_\_\_,  
соглашаюсь с тем, что профессиональную гигиену полости рта мне будет проводить врач/гигиенист \_\_\_\_\_.

Я информирован о необходимости проведения мне профессиональной гигиены, а также с последствиями отказа от данной процедуры (прогрессирование таких заболеваний, как кариес, пародонтит, и связанная с ними потеря зубов).

Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна суть профессиональной гигиены полости рта, которая заключается в удалении с поверхности зубов над- и поддесневых зубных отложений (мягкий зубной налет, пигментированный налет, зубной камень).

Я информирован(а), что в ряде случаев (повышенная чувствительность зубов, обилие зубных отложений, обострение воспалительных заболеваний десен и др.) для проведения адекватной профессиональной гигиены требуется местная анестезия. С проведением местной анестезии согласен(а), выбор способа и препарата для проведения местной анестезии я доверяю своему лечащему врачу.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья. Я так же сообщил(а) все случаи аллергических или необычных реакций на анестетики и другие лекарственные препараты, пищевые продукты, пыльцу, укусы насекомых, пыль.

Я проинформирован(а):

- **о возможных последствиях местной анестезии** (отек мягких тканей, кровоизлияния в место укола, различные аллергические реакции, снижение внимания и др.).

- **о возможных состояниях после профессиональной гигиены** (временное повышение чувствительности зубов к химическим и термическим раздражителям, незначительная травматизация десен).

Я информирован(а), что для сохранения здоровья зубов и десен профессиональную гигиену полости рта необходимо проводить: 1 раз в 6 месяцев при отсутствии заболеваний тканей пародонта (десна и костная ткань) и 1 раз в 3 месяца при наличии заболеваний пародонта. Кратность визитов подбирается врачом индивидуально для каждого пациента и зависит от тяжести имеющейся патологии, и от общего состояния организма.

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.

Я имел(а) возможность задать любые интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворительные ответы.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_

(или подпись его законного представителя)

Дата: \_\_\_\_\_