# ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 20
Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

Я, _____
по моему добровольному желанию уполномочиваю врача-стоматолога **ООО «Зеленое яблоко»** _____ провести мне медицинское вмешательство.

Данный документ содержит необходимую для меня информацию с тем, чтобы я мог(ла) принять решение о необходимости проведения профессиональной гигиены полости рта и пародонтологического лечения согласно рекомендованному плану лечения.

**Суть предстоящего медицинского вмешательства:**

Пародонтологическое лечение имеет своей целью устранение очагов инфекции в полости рта с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма. В ходе лечения могут быть использованы консервативные методы (полировка зубов, медикаментозная обработка, снятие зубных отложений, закрытый кюретаж зубодесневых карманов); хирургические методы (открытый кюретаж зубодесневых карманов), ортодонтические и ортопедические методы (шинирование, протезирование).

**Последствиями отказа от данного лечения могут быть:** прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений, появление либо нарастание болевых ощущений; потеря зуба(ов), а также системные проявления заболевания.

**Альтернативой данного лечения являются:** удаление пораженного зуба (зубов), отказ от лечения как такового.

**Я информирован(а) обо всех возможных осложнениях**, которые могут произойти во время лечения, в том числе: возможности болевых ощущений в течение послеоперационного периода; сохранения припухлости мягких тканей; повышения температуры тела и наличие симптомов интоксикации; ограничения открывания рта, увеличение лимфатических узлов; обнажения шеек зубов и изменение рельефа десневого края, увеличение чувствительности зубов.

**Мне разъяснена** необходимость применения местной инъекционной анестезии с целью обезболивания медицинских манипуляций.

**Мне разъяснено**, что применение анестезии может привести к аллергическим реакциям организма на медикаментозные препараты, шоку, травматизации нервных окончаний и другим осложнениям. Введение раствора проводится при помощи иглы, что травмирует мягкие ткани и может вызвать образование внутреннего кровотечения и гематомы, отечность десны в области инъекции, ограничение открывания рта, которые могут сохраняться в течение нескольких дней и дольше.

**Мне разъяснено**, что обезболивание затруднено при выраженном стрессе, в области существующего воспаления, в области моляров нижней челюсти, после употребления алкогольных или наркотических веществ.

**Я проинформировал(а)** врача о всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам и лекарственным средствам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

**Я осознаю** ответственность за сохранение своего здоровья и обязуюсь соблюдать правила личной гигиены полости рта и соблюдать все рекомендации врача, а также согласен(а) 2-3 раза в году являться на профилактические осмотры, а также для проведения профессиональной гигиены.

**Мне сообщены, разъяснены и со мной согласованы** технологии (методы) и материалы, которые будут использоваться в процессе лечения, и сроки проведения лечения.

**Мною заданы все интересующие меня вопросы** о сути и условиях лечения и получены исчерпывающие ответы на них.

**Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, являющимся неотъемлемой частью медицинской карты (истории болезни) пациента, и понимаю, что его подписание влечет для меня правовые последствия.**

**Я даю согласие на осуществление данного вида медицинского вмешательства.**

Подпись пациента_____/_____

Подпись врача _____/_____

Дата «____» _____ 20___г.