

Информированное добровольное согласие на проведение профессиональной гигиены полости рта

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

Я _____
соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить
врач-стоматолог _____

В исключительных случаях(например, болезнь врача) клиника может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.

Мне сообщена и понятна информация о сути данной процедуры , необходимость и частота проведения профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным планом профилактических мероприятий , рекомендованных мне лечащим врачом, возможные альтернативные варианты(в т. ч. отказ от проведения профессиональной гигиены).

Мне сообщили, что возможны в результате проведения гигиенической чистки осветления зубов только до натурального цвета, т. к. эта процедура не относится к отбеливающим технологиям. Возможны негативные последствия от частичного или полного отказа от проведения профессиональной гигиены, а именно : прогрессирование заболеваний пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета.

Возможны осложнения на этапах и после лечения, а именно : в процессе лечения- дискомфорт, боль, отек(припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, образование гематомы, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; выпадение дефектных пломб; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием; после лечения- повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в деснах, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

Мне сообщена, разъяснена врачом- стоматологом информация о гарантиях, а именно: невозможность обозначения сроков гарантии по причине специфики данной процедуры, индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений), технологии (методов) и материалов, которые будут использованы в процессе проведения процедур.

Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною плана индивидуальных профилактических мероприятий, рекомендованных врачом.

Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться:консультация стоматолога(ов) смежных специальностей.

Мною были заданы врачу 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 медицинской карты пациента.

Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Дата _____

Подпись