

Добровольное информированное согласие пациента на проведение профессиональной гигиены полости рта

Я, _____,
(ФИО законного представителя несовершеннолетнего)

являясь законным представителем пациента _____,
(ФИО несовершеннолетнего пациента)

даю добровольное информированное согласие на предложенное мне/лицу, законным представителем которого я являюсь, медицинское вмешательство по поводу диагноза: _____

Этот документ содержит информацию, необходимую для того, чтобы я ознакомился(лась) с предлагаемым лечением и, в соответствии со своей волей, мог(ла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного лечения.

Я информирован(а), что проведение профессиональной гигиены полости рта является обязательным условием частью курса

Я информирован(а), что клинические рекомендации (протоколы лечения) при заболеваниях полости рта, утвержденные Решением Совета Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая Ассоциация России», регламентируют проведение профессиональной гигиены в качестве обязательного условия любого планового стоматологического вмешательства, а также в качестве неотъемлемой части курса лечения заболеваний пародонта и профилактической процедуры, предотвращающей развитие кариеса.

Я информирован(а), что после удаления зубных отложений возможно временное появление чувствительности зубов, дискомфорта во время приема пищи. Я также информирован(а) о том, что в результате очистки зубов от камня могут проявиться скрытые ранее под ним дефекты эмали – пористость, шероховатость, пятна, кариес; что станут более видимыми (ранее скрытые камнем), промежутки между зубами, особенно в пришеечной области вследствие нормальной трапециевидной формы зубов. Я информирован(а) о невозможности причинения вреда эмали зубов (возникновении кариеса и дефектов эмали) при чистке ультразвуком.

Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) врачу точную историю моего физического и психического здоровья/ здоровья лица, законным представителем которого я являюсь. Мне ясна вся важность передачи точной и достоверной информации о состоянии здоровья, а также необходимость выполнения всех полученных от врача указаний, касающихся проведения консервативного лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

В случае возникновения осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит лечащий врач.

Я даю разрешение привлекать для оказания стоматологических услуг любого медицинского работника, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных. Я согласен(а) и разрешаю врачу, в случае необходимости, опубликовать информацию о моем лечении в научных и образовательных целях, в сопровождении иллюстраций и описательных текстов, при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы и получил(а) ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся профессиональной гигиены полости рта. Я информирован(а) о рекомендациях по уходу за полостью рта.

Я удостоверяю, что текст мною прочитан, полученные объяснения меня полностью удовлетворяют, мне понятно назначение данного документа. Мне также разъяснили значение системы нумерации зубов, всех терминов и слов, упомянутых в данном документе и имеющих отношение к лечению.

Я внимательно ознакомился(лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим и влечет за собой все правовые последствия. При подписании данного согласия на меня не оказывалось никакого внешнего давления. У меня была и остаётся возможность либо отказаться от процедуры, либо дать свое согласие.

Настоящее Приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

Подпись пациента: _____ / _____ /
(или подпись его законного представителя)

Подпись врача: _____ / _____ /