



**Клиника  
Эффективной  
Стоматологии**

**ООО "Клиника Эффективной стоматологии"  
Р/с 407 028 103 098 100 205 82, ИНН 5032216650  
143030, Московская область, Одинцовский район,  
село Успенское, дом 34, офисное помещение В1**

***Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Проведение процедуры профессиональной гигиены полости рта.***

Настоящее Положение разработано в соответствии с Гражданским кодексом РФ, Законом РФ «О защите прав потребителей» (в редакции Федерального Закона РФ № 2 — ФЗ от 09.01.96 г., Федерального Закона РФ от 17.12.99 г. № 212-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Закон РФ «О защите прав потребителей»),

Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (утв. Постановлением Правительства РФ от 13.01.96 г. №27).

Я, \_\_\_\_\_

(Ф. И. О. полностью)

соглашаюсь с тем, что лечение будет проводить врач-гигиенист (врач-стоматолог)

\_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. лечащего врача – гигиениста, врача-стоматолога)

***Мне сообщена, разъяснена врачом - гигиенистом, и понятна следующая информация о процедуре профессиональной гигиены полости рта:***

- ❖ снятие над- и под -десневых отложений ультразвуком,
- ❖ пигментированных отложений и мягкого зубного налета аппаратом «Air-Flow» с воздушно-порошковой системой очистки поверхностей зубов,
- ❖ шлифовку и полировку зубов профессиональными пастами
- ❖ флюоризацию зубов препаратами фтора.

***Альтернативным методом лечения может быть отсутствие лечения.***

***Проинформирован(а), что последствиями отказа от процедуры могут быть:***

- ❖ развитие и обострение имеющихся заболеваний пародонта,
- ❖ развитие кариеса зубов и его осложнений и связанная с этим потеря зубов.

***Предупреждён(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях проведенного медицинского вмешательства:***

- ❖ дискомфорт, повышенная чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям в течение нескольких дней,
- ❖ боль; отек (припухлость) десны и мягких тканей.
- ❖ Гематома, кровотечение;
- ❖ натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием;

- ❖ во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или Air-flow высока вероятность выпадения дефектных пломб с нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов; дефектных пломб;
- ❖ появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба,
- ❖ расцементировка и повреждение ортопедических конструкций.

***Мне озвучены и со мной согласованы:***

- ❖ технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения;
- ❖ сроки проведения лечения;
- ❖ стоимость отдельных процедур (этапов) и лечения в целом.

Мною были заданы все интересующие меня вопросы о сути и условиях лечения, риске осложнений и были получены исчерпывающие ответы и разъяснения.

Я внимательно ознакомился(ась) и понимаю назначение данного документа, имеющего юридическую силу и являющегося неотъемлемой частью медицинской карты пациента.

**Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.**

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_  
Подпись / \_\_\_\_\_  
Ф. И. О. полностью

**Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациенту суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения предстоящего лечения, дал(а) ответы на все вопросы.**

—  
\_\_\_\_\_  
Подпись / \_\_\_\_\_  
Ф. И. О. врача