

**Общество с ограниченной ответственностью «Стом-Дарт-Плюс»  
(ООО «Стом-Дарт-Плюс»)**

**Информированное добровольное согласие  
пациента на медицинское вмешательство  
на проведение процедуры профессиональной гигиены полости рта**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество – полностью)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, в соответствии с требованиями Закона от  
«21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю  
согласие на проведение стоматологического вмешательства

\_\_\_\_\_ (указать вид вмешательства, номер зуба)  
осуществляемого врачом \_\_\_\_\_ клиники ООО «Стом-Дарт-Плюс».

**Я проинформирован (а)** в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, о наличии, характере, степени тяжести и возможных осложнениях заболевания и настоящим подтверждаю, что получил (а) детальные объяснения в устной форме о необходимости стоматологического лечения, план которого изложен в медицинской карте. Мне составлена полная письменная смета на лечение, которая мне разъяснена и понятна.

**Мне объяснен** в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риск, пути альтернативного лечения, возможные при существующей ситуации и данных обстоятельствах, также необходимые исследования, врачебные процедуры и манипуляции, связанные с этим. Альтернативные пути лечения обдуманы мною до принятия решения о виде лечения.

**Я информирован(а) врачом** о том, профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью курса лечения заболеваний пародонта и профилактической процедурой. Мне было разъяснено и понятно, что последствиями отказа от проведения процедуры снятия зубных отложений могут быть: возникновение пародонтита, гингивита, кариеса зубов и появление неприятного запаха изо рта.

**Я осведомлен (а)** о возможных осложнениях во время анестезии или после ее проведения.

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

**Я осведомлен(а)**, что после удаления зубных отложений возможно появление чувствительности твердых тканей зубов, дискомфорта во время приема пищи, проходящих в течение двух недель.

**Я информирован(а)**, что последствиями отказа от профессиональной гигиены полости рта могут быть: развитие или обострение имеющихся заболеваний пародонта, развитие кариеса зубов и его осложнений.

**Я был(а) информирован(а) врачом** о том, что такое медицинское вмешательство, как снятие зубных отложений с зубов необходимо проходить, как минимум, два раза в год.

**Я даю разрешение** моему лечащему врачу проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологическое исследование), которые он сочтет необходимым.

**Я предупрежден (а)** о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства.

**Я имел(а)** возможность задать врачу все интересующие меня вопросы. С гарантийными сроками и сроками службы на выполняемые работы и услуги по оказанию стоматологической помощи ознакомлен, согласен и обязуюсь соблюдать условия их применения.

**Я предупрежден(а)**, что несоблюдение рекомендаций лечащего врача освобождает стоматологическую клинику ООО «Стом-Дарт-Плюс» от ответственности за неблагоприятный исход процедуры.

С информированным согласием ознакомлен (а) и согласен (а).

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Беседу провел врач: \_\_\_\_\_ / «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.