

*При обращении пациента, не достигшего возраста 15 (пятнадцати) лет, медицинское вмешательство осуществляется только с согласия одного из его родителей (иного законного представителя).

Информированное добровольное согласие на проведение пародонтологического лечения (лечение десен и мягких тканей, окружающих зубы), проведение профессиональной гигиены полости рта.

1. Я проинформирован(на) врачом-стоматологом-терапевтом

(Ф.И.О. медицинского работника)

о показаниях к проведению мне / лицу, в интересах которого дается ИДС

(ФИО и год рождения лица, в интересах которого дается ИДС)

профессиональной гигиены полости рта / пародонтологического лечения и получил(-ла) необходимые разъяснения по поводу диагноза.

2. Мне сообщена, разъяснена и понятна информация о сути лечения:

- 2.1. Профессиональная гигиена и пародонтологическое лечение способствуют устранению очагов инфекции в полости рта и проводятся с целью продления срока службы зубов, оздоровления полости рта и всего организма.
- 2.2. 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.
- 2.3. Альтернативой данного лечения являются: удаление пораженного зуба (зубов) или отказ от лечения как такового.
- 2.4. Я проинформирован (на) о возможных сопутствующих проявлениях:
 - под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте вкола, снижение внимания, аллергические реакции.
 - в процессе лечения и после него: временный дискомфорт, болевые ощущения, отек десны и мягких тканей, увеличение чувствительности зубов от температурных раздражителей, натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием.
 - последствия приема анальгетиков и антибиотиков: аллергические реакции; изменения витаминного, иммунологического балансов; нарушение состава кишечной микрофлоры.

3. Мне названы и со мной согласованы: технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе лечения; сроки проведения лечения и предварительная стоимость.

4. Мне сообщена, разъяснена врачом и понятна информация о гарантиях:

Хотя пародонтологическое лечение и гигиена полости рта имеют высокий процент клинического успеха, тем не менее, я осознаю всю сложность предсказания конкретного результата и невозможность установления сроков гарантии по причине уникальности организма каждого пациента (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки и др.) и исполнительности самого пациента, играющей определяющую роль в поддержании и сохранении достигнутого результата. При этом **мне безусловно гарантировано:**

- проведение лечения специалистом соответствующей квалификации;
- соблюдение всех медицинских стандартов и правил санитарно-эпидемиологического режима;
- использование высококачественных, технологически безопасных инструментов и сертифицированных материалов;
- применение самых современных технологий лечения.

5. Я понимаю, что:

- для постановки точного диагноза и проведения эффективного лечения может потребоваться дополнительное обследование;
- условием эффективного лечения является выполнение плана лечения, плана индивидуальных профилактических мероприятий и соблюдение всех рекомендаций и назначений врача.

6. Я удостоверяю своей подписью, что

- мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении: о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а так же о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;
- **я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.**

7. Я так же даю согласие на использование врачом моих/ лица, в интересах которого дается ИДС фото- и рентгеновских снимков в научных публикациях, для демонстрации работ (лекции, интернет) без указания персональных сведений, а так же при решении спорных вопросов в судебном порядке.

Подпись врача:

Подпись пациента:

Подпись законного представителя:

_____ / _____

_____ / _____

_____ / _____

(Фамилия Имя Отчество)

(Фамилия Имя Отчество)

(Фамилия Имя Отчество)

Дата _____