

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ  
СОГЛАСИЕ НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ПРОЦЕДУРУ ПО СНЯТИЮ ЗУБНЫХ  
ОТЛОЖЕНИЙ**

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся информация о предстоящем медицинском вмешательстве и что я согласен (сна) с названными мне условиями его проведения

Я, {{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.дата\_рождения\_год}}

(ФИО полностью), года рождения  
проживающий (ая) по адресу: {{пациент.адрес}}  
{% if пациент.представитель\_имеется %}

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан

Я, {{пациент.представитель\_фио}}

Паспорт: {{пациент.представитель\_документ\_номер}} выдан {{пациент.представитель\_документ\_выдал}}

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:

{{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.дата\_рождения\_год}}

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

{% else %} {% endif %}

соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство будет проводить стоматолог-{{визит\_на\_прием.специалист.специализация}}  
(далее по тексту-врач): {{визит\_на\_прием.специалист.фио\_полное}} (ФИО врача)

Клиника вправе заменить врача предварительно уведомив меня об этом.

Оплата за медицинское вмешательство производится в день проведения по прейскуранту Клиники.

Даю информированное добровольное согласие на вид медицинского вмешательства:

№	Код по номенклатуре	Вид вмешательства/услуги	Количество
1	A 16.07.051	Профессиональная гигиена полости рта и зубов	

Мне разъяснено, что профессиональная гигиена полости рта заключается в снятии зубных отложений (зубного налета (зубной бляшки), зубного камня) и представляет собой совокупность процедур, направленных на удаление с поверхности зуба известковых отложений с целью улучшения внешнего вида и поддержания здорового состояния десен и зубов, хорошее состояние пломб и протезных конструкций, предупреждения развития стоматологических заболеваний.

Я информирован(а) о том, что существует два вида зубных отложений:

- **мягкие зубные отложения**, которые в основном состоят из мелких остатков пищи, органических соединений и микроорганизмов;
- **твёрдые зубные отложения**, которые сформировались из мягких отложений путём постепенного затвердевания.

Я также информирован(а) о том, что зубные отложения являются не только косметической проблемой (особенно при окрашивании красителями, содержащимися в кофе, чае, сигаретном дыме), в связи с которой изменяется цвет и структура зубов, появляется неприятный запах изо рта (из-за размножения микрофлоры). В твердом и в мягком зубном налете содержится огромное количество микроорганизмов, которые могут стать причиной воспалительных заболеваний в полости рта, в т.ч. и опорного аппарата зубов - пародонта. Воспалению десны, помимо бактериального фактора, способствует и раздражение края десны зубным камнем.

Мне разъяснено, что снятие зубных отложений является обязательной процедурой при лечении гингивита и пародонтита, а также для их профилактики ещё до появления характерных признаков болезней пародонта в виде неприятного запаха из рта, кровоточивости десен, расшатывания зубов и др.

Мне разъяснено и понятно, что последствиями отказа от проведения процедуры снятия зубных отложений могут быть: возникновение пародонтита, гингивита, кариеса зубов, воспаление и кровоточивость десен, расшатывание зубов, неприятный запах изо рта.

Мне разъяснено, что лечение зубных отложений представляет собой их удаление. В зависимости от вида зубного налета (мягкого поверхностного налета, окрашенного въевшегося налета, налета курильщика, наддесневого и поддесневого камня, их сочетание) лечение заключается в снятии зубных отложений посредством воздействия на зуб ручными стоматологическими инструментами либо с применением ультразвукового воздействия, включая обработку корня зуба, неровностей пломб и сколов эмали с дальнейшей шлифовкой и полировкой поверхности зубов. Для полировки применяются специальные зубные пасты с разной абразивной возможностью и ультразвуковые стоматологические инструменты с гладкими насадками.

Я информирован(а) о том, что снятие зубных отложений возможно только в условиях стоматологической клиники с использованием современного оборудования и специальных методик:

- ультразвуковой;
- порошково-струйной;
- инструментальной.

Я информирован(а) о том, что такое медицинское вмешательство, как снятие зубных отложений с зубов необходимо проходить, как минимум, один раз в год.

Я понимаю то, что говорить об альтернативных методах лечения не приходится, так как снятие зубных отложений лечением вообще не является, а является лишь профилактической процедурой.

Мне разъяснено, что применение в процессе снятия зубных отложений местной анестезии может привести к следующим осложнениям, не являющимся дефектами оказания медицинской услуги:

- возникновению сильных болевых ощущений в месте укола;
- гематомы (кровоизлияния) в месте укола;
- эрозии в месте укола, аллергической реакции на обезболивающее вещество (сыпи, отёка мягких тканей, анафилактического шока);
- токсической реакции на обезболивающее вещество (тошноты, головокружения, кратковременной потери сознания, нарушения координации).

Мне разъяснено, что в процессе манипуляции несовершеннолетнему пациенту, страдающему расстройством аутистического спектра, возможны: приступы агрессии/паники, громкий крик, пациент может нанести вред себе и окружающим, проявить другие нестандартные поведенческие реакции.

В доступной для меня форме мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть):

{{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.номер\_телефона}}

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

{{пациент.фио\_полное}}, {{пациент.номер\_телефона}}

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ {{пациент.представитель\_фио}} {{пациент.фио\_полное}} {{пациент.номер\_телефона}}  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ {{визит\_на\_прием.специалист.фио\_полное}}  
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника).

**Я подтверждаю, что:**

Я информирован(а) о том, что после снятия зубных отложений могут возникнуть временные неприятные ощущения в виде реакции зубов на холодное и горячее, а также возникновение болезненных ощущений в области десневого края, покраснение, жжение и кровоточивость десен.

Мне сообщено и понятно, что одним из критериев эффективности оказания медицинских услуг является результат проведенного лечения, подтвержденный фотографиями и рентгенограммами до, после и в процессе лечения в соответствии с согласованным планом лечения.

Я даю согласие на фотографирование моего лица (представляемого) и зубных рядов при оказании мне (представляемому) медицинских услуг, понимая, что эти фотографии являются собственностью Клиники.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие меня вопросы и получил(а) на них удовлетворяющие меня ответы, и на основании вышеизложенного, я даю информированное добровольное согласие на проведение мне (представляемому) медицинского вмешательства.

{{пациент.представитель\_фио}} {{пациент.фио\_полное}} \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. пациента, представителя) (подпись)

{{визит\_на\_прием.специалист.фио\_полное}} \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника) (подпись)

{{документ.текущая\_дата\_дд\_мм\_гггг}} (дата оформления)