

Настоящее информированное добровольное согласие разработано во исполнение Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – «Закон 323-ФЗ») и Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006". Этот документ содержит необходимую для меня информацию для того, чтобы я ознакомился (ознакомилась) с предлагаемым медицинским вмешательством и мог (могла) либо отказаться от него, либо дать свое согласие на проведение данного вмешательства.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА –
проведение профессиональной гигиены полости рта**

« ____ » _____ 20__ г.

Я _____

Ф.И.О. взрослого пациента

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан. Дееспособному пациенту, достигшему 15 лет, НЕ заполнять этот раздел.

Я, _____, являясь
законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным:

_____ (Ф.И.О.
ребенка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

добровольно обращаюсь в ООО «Жемчуг» для проведения профессиональной гигиены полости рта и даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

В доступной для меня форме медицинским работником мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от данного вида медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я информирован(а), что проведение профессиональной гигиены полости рта является обязательным условием поддержания здоровья полости рта, является частью стоматологического лечения и профилактики стоматологических заболеваний.

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 лечения заболеваний пародонта и профилактической процедуры, предотвращающей развитие кариеса и его осложнений.

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 налета/камня могут быть обнаружены скрытые ранее под ним/ними 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 проведении профессиональной гигиены полости рта. Я также информирован (а) о том, что в течение 1-3 дней после процедуры возможно временное усиление кровоточивости десен во время чистки зубов или приема пищи, связанное с устранением зубных отложений и воспалительным процессом в деснах, который существовал до проведения профессиональной гигиены.

Я информирован(а) о том, что эффект медицинского вмешательства во многом зависит от индивидуальных особенностей моего организма, от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения всех врачебных рекомендаций.

Со своей стороны, я предъявил(а) все жалобы, проинформировал(а) врача обо всех индивидуальных особенностях и реакциях моего организма/организма лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною/лицом, законным представителем которого я являюсь, и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня/на лицо,

законным представителем которого я являюсь, во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, наличии в прошлом и сейчас заболеваний, которые могут оказывать влияние на ход предлагаемой процедуры или служить противопоказаниями к её проведению. Я предупрежден(а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате применения лекарственных препаратов.

Я предоставил(а) медицинскому работнику полную информацию о моем физическом и психическом здоровье/здоровье 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 лечения, которое будет необходимо, рентгенологического контроля и визитов в указанные сроки.

Мне разъяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинского вмешательства выяснится необходимость в частичном или полном изменении медицинского вмешательства, включая дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно предвидеть заранее. В случае возникновения непредвиденных обстоятельств и осложнений, требующих дополнительного вмешательства, я даю согласие на оказание медицинских услуг в том объеме, который определит врач. Я даю разрешение привлекать для оказания медицинской помощи любого медицинского работника, участие которого будет необходимо.

Я согласен(а) на проведение медицинской фото- и видеосъемки при условии сохранения врачебной тайны и персональных данных.

Я согласен(а) и разрешаю в случае необходимости опубликовать информацию о моем лечении/лечении лица, законным представителем которого я являюсь, 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) на них ответы. Я получил(а) все рекомендации, касающиеся медицинского вмешательства. 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 медицинской помощи.

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

Подпись лица, давшего согласие _____ / _____ /.

Подпись врача: _____ / _____ /.

число	манипуляции	подпись врача	подпись пациента

Памятку по индивидуальной гигиене полости рта получил (а),
вопросов не имею

_____/_____/_____
Подпись, фамилия, инициалы пациента/представителя