

**ООО «ДЕНТ-СЕРВИС»**  
**(Стоматологическая клиника "Дентстар")**  
**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**  
**на проведение профессиональной гигиены полости рта**

г. Томск « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Пациент: \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

Медицинская организация: Общество с ограниченной ответственностью «ДЕНТ-СЕРВИС».

Лицензия: № Л041-01043-70/00331957 от 06.06.2019 г., выданная Департаментом лицензирования и регионального государственного контроля Томской области.

Адрес: г. Томск, ул. Новосибирская, 37.

Лечащий врач: \_\_\_\_\_

Диагноз:

Зубные отложения (код по МКБ-10: K03.6); Нарушение гигиены полости рта.

Я, \_\_\_\_\_, настоящим подтверждаю, что в соответствии с пунктом 5 части 1 статьи 19, частью 1 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно даю своё согласие на проведение мне в стоматологической клинике «Дентстар» (ООО «ДЕНТ-СЕРВИС») следующего медицинского вмешательства:

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ГИГИЕНА ПОЛОСТИ РТА**

Включающего: удаление зубных отложений (над- и поддесневых зубных камней, мягкого зубного налета) с помощью ультразвукового скалера, аппарата Air Flow, полировку зубов и покрытие зубов реминерализующими препаратами. Я получил(а) в доступной форме полную информацию о:

Цели процедуры: Удаление зубных отложений, профилактика кариеса и заболеваний пародонта, восстановление естественного цвета зубов, обучение правильной индивидуальной гигиене полости рта.

Методе обезболивания (при необходимости), его эффективности и возможных рисках (аллергические реакции, индивидуальная непереносимость, парестезия).

Существующих рисках и возможных осложнениях:

Повышенная чувствительность зубов к температурным раздражителям в течение 1-3 дней после процедуры

Кровоточивость десен во время и после процедуры.

Ощущение дискомфорта в области десен.

Временное ощущение шаткости зубов (при удалении массивных поддесневых отложений)

Возможность повреждения реставраций, виниров, ортопедических конструкций.

Аллергические реакции на используемые материалы и препараты.

Альтернативных методах (включая отказ от процедуры) и их последствиях:

Отказ от профессиональной гигиены: риск развития кариеса, гингивита, пародонтита, неприятный запах изо рта, ухудшение эстетического вида зубов.

Я подтверждаю, что мне разъяснены гарантийные обязательства клиники:

Качество процедуры гарантируется при условии соблюдения всех рекомендаций по уходу за полостью рта.

Естественный цвет зубов зависит от индивидуальных особенностей и может отличаться от ожидаемого результата.

Гарантия не распространяется на быстрое образование нового зубного налета при несоблюдении рекомендаций по гигиене.

Я даю своё согласие на фотосъемку в процессе лечения и последующее использование обезличенных изображений в учебных, научных и информационных целях, включая демонстрацию результатов лечения. Право на отзыв согласия сохраняется за мной, за исключением уже опубликованных материалов. Я обязуюсь:

Немедленно информировать врача о любых изменениях в самочувствии во время процедуры.

Строго соблюдать все данные мне рекомендации по гигиене полости рта.

Явиться на плановый осмотр через шесть месяцев, для повторной профессиональной гигиены.

Оплатить стоимость процедуры в соответствии с утвержденным прейскурантом.

Мое решение является добровольным. Я понимаю, что имею право отказаться от процедуры на любом этапе. В случае моего отказа я обязуюсь оплатить фактически произведенный объем медицинских услуг.

Мне была предоставлена возможность задать все интересующие меня вопросы, на которые я получил(а) исчерпывающие ответы.

Лечащий врач \_\_\_\_\_ разъяснил(а) мне всю указанную выше информацию, ответил(а) на все мои вопросы. Мне понятны все возможные последствия данного медицинского вмешательства.

Я ПОЛНОСТЬЮ ПОДТВЕРЖДАЮ СВОЕ СОГЛАСИЕ на проведение описанного выше лечения.

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ /  
(Подпись пациента) (ФИО пациента)

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ /  
(Подпись врача) (ФИО врача)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.