

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

«Артадент»

Юридический адрес: 108814, г. Москва, Поселение Сосенское, ул. Александры Монаховой, д. 109, корп. 3, 1 этаж, 2 подъезд, помещение 21

Фактический адрес: 108814, г. Москва, Поселение Сосенское, ул. Александры Монаховой, д. 109, корп. 3, помещение 3/1

Тел.: 8-495-991-28-92, 8-985-991-28-92 e-mail: art-a-dent@mail.ru

ИНН/КПП 7751041557/775101001 ОГРН 1177746352629

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на проведение профессиональной гигиены полости рта (в соответствии со ст. ст. 19-23 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Я, _____, соглашаюсь с тем, что медицинское вмешательство (осмотр, сбор анамнеза, диагностику и т.д., другое вмешательство: _____) будет проводить врач-стоматолог _____ и другие врачи ООО «Артадент». Мне в доступной форме разъяснена и понятна информация о предстоящем медицинском вмешательстве. Профессиональная гигиена полости рта - это комплекс профилактических мероприятий, направленных на оздоровление органов и тканей полости рта и профилактику возникновения и развития стоматологических заболеваний. Профессиональная гигиена полости рта заключается в снятии мягкого и пигментированного налета, удаления наддесневых и/или поддесневых зубных отложений (зубного камня) и нехирургическом лечении десен. Мне в доступной для меня форме даны разъяснения о целях и методах профессиональной гигиены, ее рисках, о необходимости лечения кариеса и некариозных поражений твердых тканей зуба, эндодонтического лечения, разъяснен в понятной форме план стоматологического лечения, включая ожидаемые результаты, риски, 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. Мне объяснено и я понял(а), что существует вероятность того, что во время осуществления медицинских манипуляций выяснится необходимость в частичном или полном изменении плана лечения. Могут потребоваться дополнительные врачебные процедуры, которые невозможно достоверно и в полной мере предвидеть заранее. Я предупрежден(а) о следующих возможных последствиях и осложнениях при проведении профессиональной гигиены полости рта, терапевтическом лечении и после него: - мне объяснили, что после процедуры гигиены полости рта может повыситься чувствительность зубов к химическим и термическим раздражителям, аллергические реакции на некоторые стоматологические материалы, кровоточивость и воспаление десен в первые 2-5 дней. У некоторых пациентов (индивидуальная особенность, особенность питания, наличие вредных привычек) после проведения профессиональной гигиены полости рта при недостаточной гигиене ротовой полости возможно образование зубного налета и зубного камня в более короткие (по сравнению со среднестатистическими) сроки; - под влиянием анестезии: отек мягких тканей, кровоизлияние в месте инъекции, аллергические реакции, кардиотоксические реакции; - повреждение мягких тканей в случае, если я буду двигаться, не сидеть в кресле неподвижно или глотать, не предупредив врача; - возможность изменения цвета зубов или пломбы, особенно при употреблении в пищу в первые сутки после лечения продуктов, содержащих красящие вещества (кофе, свёкла, вишня и т.д.); - обострение кариеса и осложненных форм кариеса (пульпит, периодонтит); - боли при накусывании; - отлом коронковой части зуба, разрушение реставраций и/или ортопедических конструкций, сколы; Я соглашаюсь на анестезию при лечении. Выбор метода и препаратов предоставляю врачу-стоматологу. Мне сообщены возможные осложнения под влиянием анестезии: отек мягких тканей, боль, кровоизлияние в месте инъекции, последующее затруднённое открывание рта, аллергические реакции, кардиотоксические реакции, шок. При интенсивных

болевых реакциях или воспалительных процессах на корнях зубов или в дёснах возможно назначение анальгетиков и/или антибиотиков. Возможные последствия приема анальгетиков и/или антибиотиков (в случае их назначения), а именно: аллергические реакции, изменения витаминного, иммунологического балансов, нарушение состава кишечной микрофлоры. Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться обследования: - ортопантограмма, прицельный снимок, компьютерная томограмма; - консультация стоматолога(ов) и/или специалистов иного профиля. Я проинформировал(а) лечащего врача обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящем, и предупрежден (а) о риске возможных реакций и осложнений, которые могут возникнуть в результате проведения данного медицинского вмешательства. Необходимые условия для достижения положительного результата лечения: - точное соблюдение и выполнение пациентом всех предписаний и рекомендаций врача, - последовательное выполнение пациентом всех рекомендаций, а также этапов и сроков стоматологического лечения, рекомендованных врачом. Я подтверждаю, что текст информированного согласия мной прочитан, понят смысл и понятно назначение этого документа. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства на предложенных условиях.

Дата:

_____/_____(ФИО врача) (подпись)
_____/_____(ФИО пациента) (подпись)

Дата:

_____/_____(ФИО врача) (подпись)
_____/_____(ФИО пациента) (подпись)

Дата:

_____/_____(ФИО врача) (подпись)
_____/_____(ФИО пациента) (подпись)

Дата:

_____/_____(ФИО врача) (подпись)
_____/_____(ФИО пациента) (подпись)

Дата:

_____/_____(ФИО врача) (подпись)
_____/_____(ФИО пациента) (подпись)

Дата:

_____/_____(ФИО врача) (подпись)
_____/_____(ФИО пациента) (подпись)

Дата:

_____/_____(ФИО врача) (подпись)
_____/_____(ФИО пациента) (подпись)

Дата:

_____/_____(ФИО врача) (подпись)
_____/_____(ФИО пациента) (подпись)