Информированное добровольное согласие на проведение профессиональной гигиены полости рта
в ООО «Антериор»
Я,
в соответствии с треоованиями статьи ле 20 Федерального закона «Оо основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», дак информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, т.е. на оказание мне следующих медицинских услуг
профессиональная гигиена полости рта.
Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского
вмешательства.
Я получил (а) подробные объяснения по поводу состояния моих зубов и полости рта и понимаю, что при проведении лечебных манипуляций при профессиональной гигиене полости рта, включая анестезию и прием лекарственных средств, существует определенная
манипуляции при профессиональной гигисне полости рта, включая анестезию и прием лекарственных средств, существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений: временное ограничение трудоспособности, неприятные болевые
ощущения, которые могут быть выражены в отеке мягких тканей в зоне медицинского вмешательства и др.
Я получил (а) подробные объяснения по поводу моего заболевания, осведомлен (а) о последствиях отказа от данного лечения, об
альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время лечения.
Я проинформирован(а), что профессиональная гигиена полости рта является неотъемлемой частью курса лечения заболеваний пародонта и профилактической процедурой, предотвращающей развитие кариеса.
лечащий врач объяснил мне основное содержание, цели и методы медицинского вмешательства, а также, что успех лечения зависит от
точности выполнения мною его назначений и рекомендации.
Я проинформирован(а), что последствиями отказа от процедуры могут быть развитие и обострение имеющихся заболеваний пародонта
развитие кариеса зубов и его осложнений и связанная с этим потеря зубов.
Я предупрежден(a) о следующих возможных последствиях и осложнениях медицинского вмешательства: - дискомфорт, повышенная чувствительность зубов, к химическим и термическим раздражителям.
- во время проведения профессиональной гигиены с помощью ультразвука или Air-flow высока вероятность выпадения пломб с
нарушением краевого прилегания в пришеечной области зубов.
Мне понятно, что в случаях ухудшения самочувствия, возникновения болевых ощущений в зоне оперативного вмешательства я
обязан (а) поставить в известность лечащего врача.
Я проинформировал (а) врача обо всех случаях аллергии к лекарственным и другим средствам. Мне объяснили, что не существует возможности точно предсказать способность тканей к восстановлению после лечения, в связи с
чем, точная продолжительность лечения не может быть определена.
Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я
добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.
Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением:
•
До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.
Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за
исключением:
Я имел (а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.
Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.
В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. № 390н я также даю согласие на проведение при необходимости следующих
вмешательств: 1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия
фарингоскопия, непрямая ларингоскопия. 3. Антропометрические исследования. 4. Термометрия. 5. Тонометрия. 6. Лабораторные методь
обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические. 7. Рентгенологические
методы обследования, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования. 8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со
сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от
позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам
здорового образа жизни.
Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».
Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам:
Примечание: В соответствии со ст. 20. Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» информированного добровольного
согласия на медицинское вмешательство подписывает законный представитель в отношении ребенка до 15-летнего, а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.
поссоносовносо лици, сели тикос лицо по соосту состоянию не спосовно ошно соемисие на меоиципское вмешинелостоо.
Врач:
фио подпись
Пациент:/

подпись

фио

_20___r

Дата: