ООО «Студия Улыбок» строго руководствуется:

- **Основами законодательства РФ «Об охране здоровья граждан»;**
- **Федеральным законом «О защите прав потребителей»;**
- **современными нормами медицинской этики, действующими в передовых странах мира.**

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", сообщена вся необходимая информация о предстоящем моем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения лечения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства

Профессиональная гигиена полости рта

Этот документ свидетельствует о том, что мне сообщена вся необходимая информация о предстоящем лечении и что я согласен (согласна) с названными мне условиями его проведения.

1. **Я,** _____ соглашаюсь с тем, что мое лечение будет проводить гигиенист стоматологический/врач-стоматолог_____
   В исключительных случаях (например, болезнь врача) фирма может заменить врача, предварительно уведомив меня об этом и получив мое согласие.
2. **Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим/врачом-стоматологом и понятна информация о сути данной процедуры:**

2.1. Необходимость и частота проведения профессиональной гигиены полости рта в соответствии с индивидуальным планом профилактических мероприятий, рекомендованных мне лечащим врачом.

2.2. Допустимость коррекции назначенного плана и технологий в зависимости от ситуации, сложившейся в процессе лечения по рекомендованному мне плану профилактических мероприятий.

2.3. Возможные альтернативные варианты (в т.ч. отказ от проведения профессиональной гигиены).

2.4. Возможность, в результате проведения гигиенической чистки, осветления зубов только до натурального цвета, т.к. эта процедура не относится к отбеливающим технологиям.

2.5. Возможные **негативные последствия частичного или полного отказа от проведения профессиональной гигиены**, а именно: прогрессирование заболеваний пародонта и кариеса, увеличение количества зубных отложений и пигментированного налета.

2.6. Возможные осложнения на этапах и после лечения, а именно:

- **в процессе лечения** – дискомфорт, боль, отек (припухлость) десны и мягких тканей; кровотечение, образование гематомы, после чего для выздоровления может потребоваться несколько дней; выпадение дефектных пломб; натяжение уголков рта с последующим их растрескиванием;
- **после лечения** – повышенная чувствительность зубов, болезненные ощущения в деснах, появление или усиление подвижности зубов, обнажение корня зуба.

3. **Мне сообщена, разъяснена гигиенистом стоматологическим/врачом-стоматологом информация о гарантиях,** а именно: **невозможность обозначения сроков гарантии** по причине специфики данной процедуры и индивидуальных особенностей организма (скорость образования мягких и минерализованных зубных отложений, состав микрофлоры полости рта, вредные привычки).
4. **Мне названы и со мной согласованы:**
   - технологии (методы) и материалы, которые будут использованы в процессе проведения процедур;
   - сроки проведения процедур;
5. **Мне сообщено и понятно, что условием эффективного лечения является выполнение мною *плана индивидуальных профилактических мероприятий*, рекомендованных врачом в запланированные сроки.**
6. **Мне сообщено и понятно, что для эффективного лечения могут понадобиться:**
   - консультация стоматолога(ов) иного профиля: _____
   - консультация у врача(ей) общего медицинского профиля: _____

   Мною были заданы гигиенисту/врачу все интересующие меня вопросы **о сути и условиях** лечения и были получены исчерпывающие ответы, разъяснения.
   Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента.
   Я принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Подпись пациента: _____ / _____ /
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Подпись врача: _____ /_____/
(подпись врача) (ФИО)