



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
(профессиональная гигиена)**

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

Я, _____, уполномочиваю
врача-стоматолога/гигиениста _____ провести профессиональную гигиену полости рта
моему ребенку \Patient\ .

Этот документ содержит также необходимую для меня информацию о том, чтобы я ознакомился(-лась) с предлагаемой процедурой и мог(-ла) либо отказаться от неё, либо дать свое согласие на проведение данного лечения

Гигиенист выявил и указал на необходимость проведения профессиональной гигиены полости рта. Последствиями отказа от данной процедуры могут быть возникновение и прогрессирование заболеваний (кариес, гингивит, пародонтит).

Я информирован(-на), что для сохранения здоровья зубов и десен моего ребенка необходимо проводить профессиональную гигиену полости рта 1 раз в 3-4 месяца. Кратность визитов подбирается врачом индивидуально и зависит от имеющейся патологии, её тяжести и от общего состояния организма.

Я понимаю, что при несоблюдении рекомендаций гигиениста в домашних условиях и(или) несоблюдении интервалов контрольных визитов – уменьшаются или аннулируются гарантийные сроки и сроки службы реставраций.

При необходимости гигиенист может провести местную анестезию моему ребенку.

Я осведомлен(-на) о возможных осложнениях во время анестезии и после неё.

Я проинформировал(-ла) гигиениста обо всех случаях аллергии моего ребенка к медикаментозным препаратам в прошлом и в настоящем времени.

Мне объяснили, что дети до 12-летнего возраста, как правило, не осознают необходимость в тщательной чистке зубов. Я должен(-на) ежедневно проверять чистил ли зубы мой ребенок. И ОБЯЗАТЕЛЬНО «ДОЧИЩАТЬ» ему ЗУБЫ.

Мне объяснили, что после процедуры гигиены полости рта может повыситься чувствительность зубов к химическим и температурным раздражителям, а также то, что при недостаточной гигиене ротовой полости возможно образование зубного налета и зубного камня в более короткие сроки.

Настоящее приложение является неотъемлемой частью истории болезни.

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

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

Дата « _____ » _____ 20__ г