Приложение № 1

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. N 1051н

**Информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое**

**вмешательство — проведение профессиональной гигиены полости рта**

      Я, **{ФИОПациента}**, **{ДатаРожденияПациента}** г. рождения, зарегистрированный по адресу:**{АдресПациента}** даю информированное добровольное согласие на медицинское стоматологическое вмешательство при оказании мне медицинского стоматологического лечения в {НазваниеСтруктурнойЕдиницы} Медицинским работником {ВрачПриёма} в доступной для меня форме предоставлена полная информация о целях, методах оказания медицинской стоматологической помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы.

      Мне разъяснено и понятно, что последствиями отказа от данной процедуры могут быть: возникновение и прогрессировавшие заболеваний (кариес, пародонтит) и связанная с этим потеря зубов.

      Я проинформирован(а), что для сохранения здоровья моих зубов и десен необходимо проводить профессиональную гигиену полости рта в следующие сроки:

-1 раз в 6 месяцев для лиц, имеющих здоровые ткани пародонта;

-1 раз в 3 месяца для лиц с заболеваниями пародонта.

      Кратность визитов определяется лечащим врачом и зависит от индивидуальных особенностей моего организма, наличия или отсутствия патологии, степени ее тяжести.

      Я понимаю, что при несоблюдении мною рекомендаций врача в домашних условиях и (или) несоблюдении интервалов контрольных визитов уменьшаются гарантийные сроки службы реставрации зубов.

      Я даю согласие на применение анестезии. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время анестезии при приеме анальгетиков и антибактериальных препаратов.

      Я в полном объеме проинформировал(а) врача о состоянии своего здоровья, особенностях моего организма, о наличии у меня заболеваний, о всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время, о принимаемых мною лекарственных препаратах, противопоказаниях, о наблюдении и лечении у врачей других специальностей.

      Понимая сущность предложенного медицинского стоматологического и уникальность собственного организма, я согласен (а) с тем, что никто не может предсказать точный результат планируемого лечения.

      Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, 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».

      Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я  являюсь  (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти.

{ФИОПациента}

                                                                                                                     (подпись)

{ВрачПриёма}

                                                                                                                     (подпись)

{ДатаДоговора}